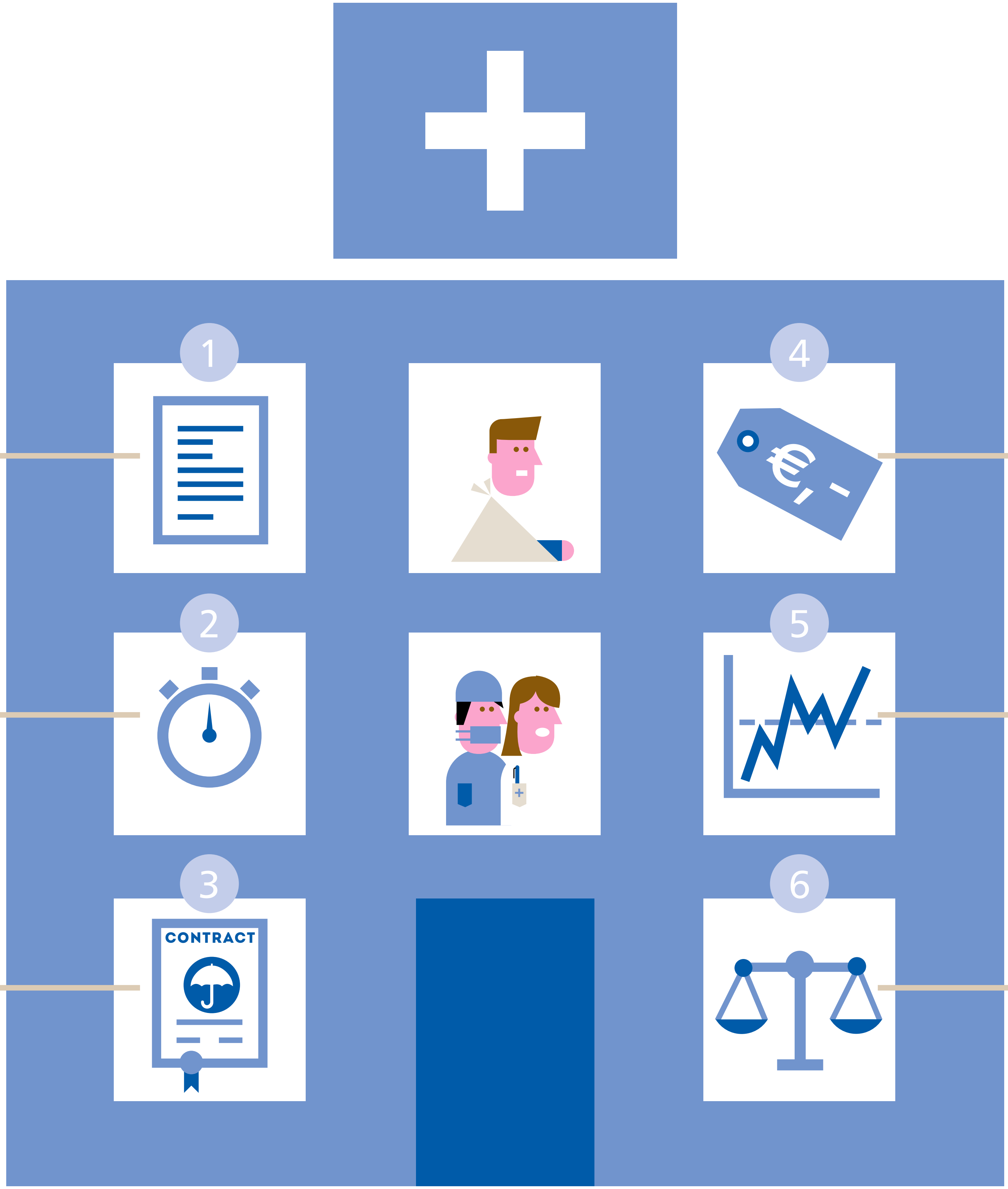
Nederlandse Zorgautoriteit

Marktscan van de **Medisch Specialistische Zorg 2015**



oktober 2015


1
4
2
5
3
CONTRACT
6

1 Samenvatting

SAMENVATTING

De NZa kijkt jaarlijks naar de stand van zaken op de markt voor medisch specialistische zorg (MSZ). Aan de hand van kwalitatieve en kwantitatieve analyses vormen wij ons een beeld van de werking van deze markt. Dit beeld publiceren wij in de marktscan Medisch Specialistische zorg. Hieronder volgt een samenvatting van de bevindingen en conclusies in de marktscan voor 2015.

Wachttijden MSZ

Zorgaanbieders moeten de wachttijden voor niet-acute zorg publiceren. De *wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek* betreft het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek, tot het moment dat de patiënt terecht kan. Voor deze wachttijd geldt een norm van maximaal vier weken. De landelijk gemiddelde wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek daalde in 2015 bij vier van de zeven specialismen die het jaar ervoor (peildatum september 2014) te lange wachttijden hadden.
De landelijk gemiddelde wachttijd van het specialisme psychiatrie is zelfs gedaald tot onder de norm van vier weken. De landelijk gemiddelde wachttijd van oogheelkunde is daarentegen gestegen en overschrijdt in 2015 de norm. Ook voor de specialismen allergologie en maag-, darm- en leverziekten (MDL) is een stijging van de landelijk gemiddelde wachttijd zichtbaar. De NZa maakt zich zorgen over deze toename en is in gesprek met zorgverzekeraars over de achterliggende oorzaken en de eventuele stappen die gezet moeten worden.
Tegelijkertijd is nauwelijks een toename van de reistijd naar een alternatieve zorgaanbieder zichtbaar, ondanks de langere wachttijden.

De *wachttijd voor diagnostiek* betreft het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt (van buiten de instelling) een afspraak maakt voor het gebruik van een diagnostische techniek, tot het moment van toepassing van de diagnostiek. Voor deze wachttijd geldt een norm van maximaal vier weken. De landelijk gemiddelde wachttijd voor alle vormen van diagnostiek valt binnen deze norm.
De *wachttijd voor een (poli)klinische behandeling* betreft het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van de behandelaar de indicatie voor een operatie krijgt, tot het moment van opname of operatie. Voor deze wachttijd geldt een norm van maximaal zeven weken. De landelijk gemiddelde wachttijden zijn voor alle behandelingen lager dan deze norm, behalve voor borstverkleining en buikwandcorrectie.
De manier waarop ziekenhuizen de wachttijden voor behandelingen registreren verandert per 2016. De NZa heeft hiertoe haar regelgeving aangepast. Door deze aanpassing worden de administratieve lasten voor ziekenhuizen verlaagd en kunnen patiënten de wachttijden van verschillende ziekenhuizen beter vergelijken.

Contracten met zorgverzekeraars

De maximale doorlooptijd van een diagnose-behandelcombinatie (dbc) is per 1 januari 2015 verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Als gevolg van deze doorlooptijdverkorting kan het aantal dbc's voor dezelfde zorg stijgen en kunnen de prijzen van dbc's veranderen. Dit heeft het voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2015 moeilijk

gemaakt om de kosten van een dbc te voorspellen en prijzen af te spreken. De prijsafspraken zijn in de contractonderhandelingen voor het jaar 2015 dan ook langzaam tot stand gekomen. Mogelijk zijn er wel al eerder contracten op hoofdlijnen afgesloten.

De doorlooptijdverkorting heeft veel impact gehad op de contractonderhandelingen. Ziekenhuizen geven aan behoefte te hebben aan 'rust in de regelgeving', zodat historische gegevens opgebouwd kunnen worden. Die gegevens kunnen dan weer als basis dienen voor onderhandelingen over de komende jaren. Maar ieder jaar dienen dezelfde ziekenhuizen zo'n vierhonderd wijzigingsverzoeken in bij de NZa. De NZa zal zoveel mogelijk rust in de regelgeving bewaren. Ze zal nieuwe aanvragen voor wijzigingen alleen doorvoeren als deze helpen om de administratieve lasten te verminderen, de regels te vereenvoudigen of de aansluiting te vergroten van regels bij de dagelijkse praktijk.

Zorggebruik en zorgkosten

Het aantal patiënten voor lichtere vormen van zorg, zoals diabetes of refractie (oogmeting), neemt trendmatig af. De daling kan voor deze vormen van zorg wijzen op substitutie naar de eerstelijnszorg. Ook het aantal patiënten met varices (spataderen) neemt af. Deze zorg valt onder het Project Intensivering Controle en Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Pincet). Verzekeraars moeten van de NZa zorg genoemd in Pincet beter controleren. De afname van het aantal patiënten kan daarom te maken hebben met het feit dat verzekeraars voor deze zorg onder andere strengere inkoopafspraken maken. Discussies over gepast gebruik bij het knippen van amandelen en het plaatsen van oorbuisjes lijken ook te zorgen voor een afname van het aantal patiënten.

De NZa heeft op dit moment geen goed zicht op verrekeningen die achteraf kunnen plaatsvinden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars als er een omzetplafond of aanneemsom is afgesproken. Uit die verrekeningen blijkt welk deel van hun gedeclareerde kosten de zorgaanbieders uiteindelijk toch zelf moeten betalen of juist nog ontvangen van de verzekeraar. De NZa onderzoekt momenteel hoe meer inzicht verkregen kan worden in de contractafspraken en de verrekeningen die plaatsvinden. Pas dan is er echt helder zicht op de daadwerkelijke prijsontwikkeling.

Op basis van de gegevens die de NZa heeft valt op dat voor behandelingen in het gereguleerde segment lagere tarieven werden afgesproken met ZBC's dan met ziekenhuizen en categorale instellingen. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat ZBC's slechts een klein deel van de zorg leveren in het gereguleerde segment (3,5 procent). De afgesproken prijzen in het vrije segment zijn in 2013 gemiddeld met 0,8 procent gestegen ten opzichte van het jaar 2012.

SAMENVATTING

Omzet zorgaanbieders

De omzetten van de ziekenhuizen en revalidatie-instellingen zijn in 2013 met 6 procent gestegen ten opzichte van het jaar daarvoor. Deze stijging kan voor een deel verklaard worden doordat in 2013 enkele geneesmiddelen uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) overgeheveld werden naar het budgettair kader van de ziekenhuizen. Ook als deze overheveling van geneesmiddelen niet meegeteld wordt, steeg de omzet van de ziekenhuizen en revalidatie-instellingen in 2013; namelijk met ruim 5 procent ten opzichte van 2012. In beide jaren heerste onzekerheid over de omzetcijfers. De Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) bracht op 21 maart 2014 een Audit Alert uit over de jaarrekeningen van ziekenhuizen. De hoofdboodschap van de accountants was dat de verantwoorde omzetcijfers veel onzekerheden bevatten die mogelijk konden leiden tot het niet goedkeuren van de jaarrekeningen. In 2014 steeg de omzet met 0,6 procent ten opzichte van 2013.

In 2012 en 2013 gold een overgangsregel voor de medisch specialistische zorg. Per saldo kregen de ziekenhuizen en revalidatie-instellingen € 406,3 miljoen in 2012 en € 318,3 miljoen in 2013 vanuit het Zorgverzekeringsfonds. In 2014 gold alleen nog een overgangsregelgeving voor de revalidatie-instellingen: zij ontvingen dat jaar per saldo een bedrag van € 22,5 miljoen.

In 2013 werd in totaal ruim € 2 miljard uitgegeven aan honoraria voor vrijgevestigd medisch specialisten. Het vastgestelde plafond bedroeg in totaal iets meer dan € 2,1 miljard. Dit betekent dat er in 2013 geen sprake was van een overschrijding en dat zorgaanbieders dus niets hoefden af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds. De definitieve afrekening van de honorariumomzet 2014 vindt eind 2015 plaats. Het totale budget voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten bedroeg in 2014 ruim € 2,2 miljard.

Financiële positie zorgaanbieders

In het algemeen is de gemiddelde financiële positie van de zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg verbeterd in de afgelopen jaren. De winstgevendheid van zorgaanbieders steeg in 2013 en is in 2014 weer gedaald tot het niveau van 2012.
De solvabiliteit en de liquiditeit van de ziekenhuizen zijn toegenomen. De afloscapaciteit van zorgaanbieders is ruim boven de aanbevolen minimumgrens gebleven. Dit neemt niet weg dat er individuele zorgaanbieders kunnen zijn die er financieel minder goed voor staan.

De investeringen van ziekenhuizen in materiële vaste activa zijn de afgelopen jaren afgenomen. De NZa vindt het belangrijk dat zorgaanbieders voldoende kunnen blijven investeren in ICT en innovatie. De NZa blijft de investeringsratio monitoren.

SAMENVATTING

Wat is medisch specialistische zorg?

Deze marktscan draait om ‘medisch specialistische zorg’ (MSZ). Onder die term vallen diagnostiek, behandelingen en therapieën waarvoor medisch specialistische kennis en kunde nodig zijn. Medisch specialistische zorg is gericht op het genezen van de patiënt en is alleen toegankelijk met een verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts, tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie en er dus ‘acute zorg’ nodig is. In niet-spoedeisende situaties kunnen patiënten een bezoek plannen aan een instelling voor medisch specialistische zorg en kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. De zorg is dan niet acuut maar ‘electief’. Het kan zijn dat de patiënt niet meteen bij de instelling naar keuze terechtkan en te maken krijgt met wachttijd.

Wie biedt medisch specialistische zorg aan?

In Nederland bieden diverse instellingen medisch specialistische zorg aan. Om te beginnen algemene ziekenhuizen en Universitair Medische Centra (UMC’s). In deze marktscan staan zij gezamenlijk aangeduid als ‘ziekenhuizen’, tenzij het verschil relevant is. Daarnaast zijn er ook categorale instellingen, zoals revalidatie-instellingen en audiologische centra en zelfstandige behandelcentra (ZBC’s) die medisch specialistische zorg aanbieden. In onderstaande overzicht staat per jaar het aantal ziekenhuizen, categorale instellingen en ZBC’s in Nederland. Het aantal zorgaanbieders is gebaseerd op de bij de NZa bekende apart functionerende entiteiten. Een ZBC staat in deze lijst als het minimaal één contract met een zorgverzekeraar heeft afgesloten. Voor 2015 gelden de cijfers tot oktober.

Type zorgaanbieder	2012	2013	2014	2015
Algemene ziekenhuizen	84	84	84	81
UMC’s	8	8	8	8
Totaal aantal ziekenhuizen	**92**	**92**	**92**	**89**
Categorale instellingen	65	65	65	65
ZBC’s	288	274	260	231
Totaal aantal zorgaanbieders	**445**	**431**	**417**	**385**

2

Wachttijden voor medisch specialistische zorg

Mensen die medisch specialistische zorg nodig hebben, maar niet met spoed, moeten doorgaans enkele weken wachten voordat ze ergens terecht kunnen voor behandeling. Hoe korter deze wachttijd is, hoe toegankelijker de zorg. Informatie over wachttijden geeft dus inzicht in de toegankelijkheid van niet-acute MSZ.

Publicatie van wachttijden

Zorgaanbieders zijn verplicht om te publiceren wat hun wachttijden zijn. Daarbij gaat het om een zo realistisch mogelijke inschatting; de daadwerkelijke wachttijd kan door omstandigheden langer of korter uitvallen. Bijvoorbeeld als zich onverwacht meer patiënten melden. Dankzij de publicatie van wachttijden weten patiënten ongeveer wanneer ze aan de beurt zijn en kunnen ze wachttijden van verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken. En zorgverzekeraars weten ongeveer in hoeverre zij voldoen aan hun zorgplicht om patiënten binnen een bepaalde tijd toegang te bieden tot adequate zorg.

Zorgplicht van zorgverzekeraars

De staat verplicht zorgverzekeraars om te garanderen dat een verzekerde de zorg uit het basispakket, de vergoeding van de kosten van die zorg en desgevraagd de zorgbemiddeling krijgt waar hij behoefte aan heeft en wettelijk aanspraak op mag maken. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit (inclusief veiligheid), tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg. Deze zogenoemde ‘zorgplicht’ geldt altijd, ongeacht of er sprake is van natura- of restitutie-polissen, of van gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg: de zorgplicht geldt voor alle zorg uit het basispakket. De NZa ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de zorgplicht, die verankerd is in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Normen voor wachttijden

Volgens de huidige regels van de NZa moeten zorgaanbieders de wachttijd publiceren voor drie fases van niet-acute zorg:

1) het eerste polikliniekbezoek; het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek, tot het moment dat de patiënt terecht kan
2) diagnostiek; het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt (van buiten de instelling) een afspraak maakt voor het gebruik van een diagnostische techniek, tot het moment van toepassing van de diagnostiek;
3) (poli)klinische behandeling: het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van de behandelaar de indicatie voor een operatie krijgt, tot het moment van opname of operatie.

Brancheorganisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties hielden in 2000 overleg in het bosgebied Treek. In dat 'Treekoverleg' bepaalden zij wat de na te streven en de maximaal aanvaardbare wachttijden waren voor de drie fases van niet-acute zorg. Ze kwamen tot de volgende 'Treeknormen':

Treeknorm voor polikliniekbezoek

Er mogen maximaal vier weken zitten tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor een bezoek aan de polikliniek, en het moment dat hij daar terecht kan. Aanbieders moeten de wachttijd per specialisme of subspecialisme aangeven.

Treeknorm voor diagnostiek

Er mogen maximaal vier weken zitten tussen het moment dat de patiënt (van buiten de instelling) een afspraak maakt voor diagnostiek en het moment dat hij deze diagnostiek ondergaat. Instellingen moeten de wachttijd voor drie veelvoorkomende vormen van diagnostiek aangeven: gastroscopie, MRI-onderzoek en CT-scan.

Treeknorm voor behandeling

Er mogen maximaal zeven weken zitten tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelende arts, en het moment dat zijn zorgaanbieder hem opneemt of opereert. Aanbieders moeten de wachttijd voor verschillende behandelingen aangegeven.

Ontwikkeling van wachttijden

Zorgaanbieders slagen er niet altijd in om zich aan de Treeknormen te houden. Dat bleek ook uit de landelijk gemiddelde wachttijden in 2015. Daarbij gaat het om de cijfers tot en met augustus.

Wachttijden voor polikliniekbezoek

De landelijk gemiddelde wachttijd voor polikliniekbezoek kwam in 2015 bij zeven specialismen uit boven de Treeknorm van vier weken:

	2015		2014	
• Allergologie	5,4	↑	5,3	weken
• Maag- darm- en leverziekten (MDL)	5,2	↑	4,9	weken
• Oogheelkunde	4,6	↑	3,8	weken
• Pijnbestrijding/anesthesiologie	4,5		4,5	weken
• Revalidatiegeneeskunde	4,3	↓	4,8	weken
• Reumatologie	4,2		4,2	weken
• Neurochirurgie	4,1		4,1	weken

Wachttijden voor diagnostiek

De landelijk gemiddelde wachttijd voor alle drie de vormen van diagnostiek viel in 2015 binnen de Treeknorm van vier weken.

Wachttijden voor behandelingen

De landelijk gemiddelde wachttijd voor behandelingen overschreed in 2015 bij twee soorten behandelingen de Treeknorm van zeven weken:

	2015		2014	
• Borstverkleining	7,3	↓	7,7	weken
• Buikwandcorrectie	7,2	↓	7,5	weken

Binnen de norm

De landelijk gemiddelde wachttijden van hier onvermelde specialismen viel in 2015 binnen de Treeknorm. Bij de meeste van deze niet-genoemde specialismen is dat al zo sinds 2011. Alleen voor psychiatrie geldt dat de gemiddelde wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek in 2013 en 2011 wel boven de norm uitkwam (2015: 3,5 weken; 2013: 4,2 weken; 2011: 4,4 weken).

Snel oplopend

Voor de normoverschrijdende specialismen allergologie en revalidatiegeneeskunde geldt dat ziekenhuizen deze specialismen relatief weinig aanbieden. Als de vraag ernaar groeit, kan de bijbehorende wachttijd door dat geringe aanbod snel oplopen.

Steeds langer

MDL-artsen meldden in augustus 2015 in een brief aan Medisch Contact dat MDL-patiënten zonder kanker steeds langer moeten wachten op een operatie. De reden: MDL-patiënten mét kanker zouden voorrang krijgen. Ziekenhuizen geven prioriteit aan de kwaliteits- en volumenormen voor oncologische zorg, zo verklaarden de MDL-artsen. Chirurgen stellen dat de toename van oncologische patiënten veroorzaakt wordt door het bevolkingsonderzoek naar darmkanker.

Ontwikkeling van reistijden

Moet een patiënt langer wachten op polikliniekbezoek, diagnostiek of behandeling dan de Treeknormen toestaan? Dan is zijn zorgverzekeraar verplicht om die patiënt desgevraagd een beter alternatief te bieden of te bemiddelen naar een zorgaanbieder bij wie de patiënt wél binnen de norm voor de wachttijd geholpen kan worden. Mogelijk moet de verzekerde dan wel langer reizen.

Risico op extra reistijd

Gemiddeld genomen blijkt het risico op extra reistijd groter als de patiënt in een dunbevolkt en/of grensgebied woont. Overigens blijkt een inwoner van zo'n gebied gemiddeld genomen sowieso al meer reistijd te hebben dan inwoners van andere gebieden – dus óók als hij naar een Nederlandse zorgaanbieder gaat die de Treeknorm overschrijdt. Dat komt doordat er in dunbevolkte en/of grensgebieden minder (grote) zorgaanbieders zijn dan in stedelijke gebieden. Als patiënten uit dunbevolkte en/of grensgebieden voor een buitenlandse zorgaanbieder kiezen, kan de reistijd soms wél lager uitvallen.

Stijging van de reistijd

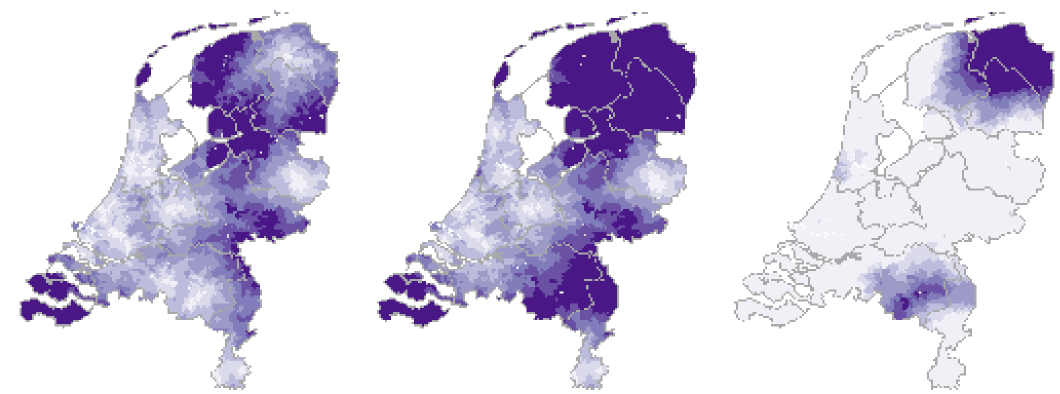
Bij de meeste specialismen die in 2015 niet voldeden aan de Treeknorm voor polikliniekbezoek steeg de reistijd voor inwoners van dunbevolkte en/of grensgebieden. Op de volgende pagina staan drie specialismen uitgelicht: allergologie, oogheelkunde en MDL-ziekten.

Leeswijzer

Op de volgende pagina staan bij elk specialisme drie kaartjes. De linkerkaart toont de reistijd naar de *dichtstbijzijnde zorgaanbieder*. De middelste kaart geeft de reistijd weer naar de *dichtstbijzijnde zorgaanbieder die aan de Treeknorm voldoet*. De rechterkaart laat het verschil zien tussen die twee reistijden. Als dat verschil er inderdaad is, kleurt de kaart donker. Uiteraard valt er op de rechterkaart geen verschil te zien als de dichtstbijzijnde zorgaanbieder tegelijk ook de dichtstbijzijnde zorgaanbieder is die aan de Treeknorm voldoet.

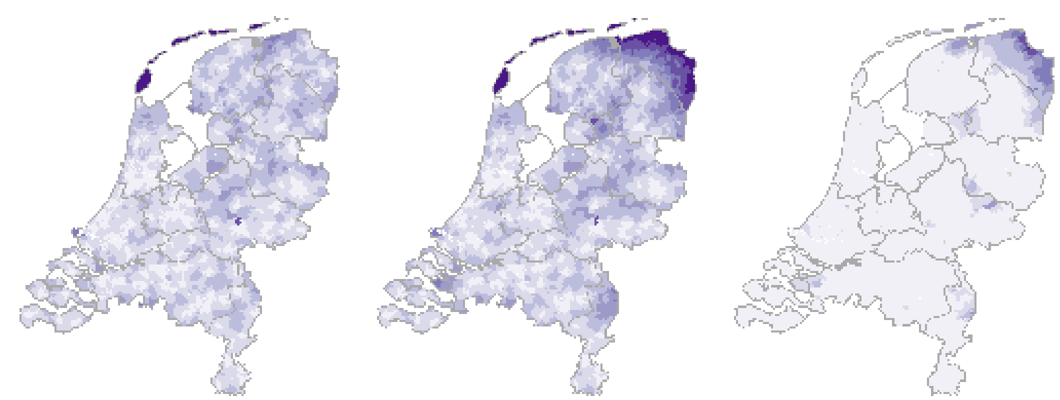
Reistijd allergologie

Voor allergologie is er extra reistijd in Groningen en Noord-Brabant. In de meeste andere gebieden blijft de reistijd gelijk.



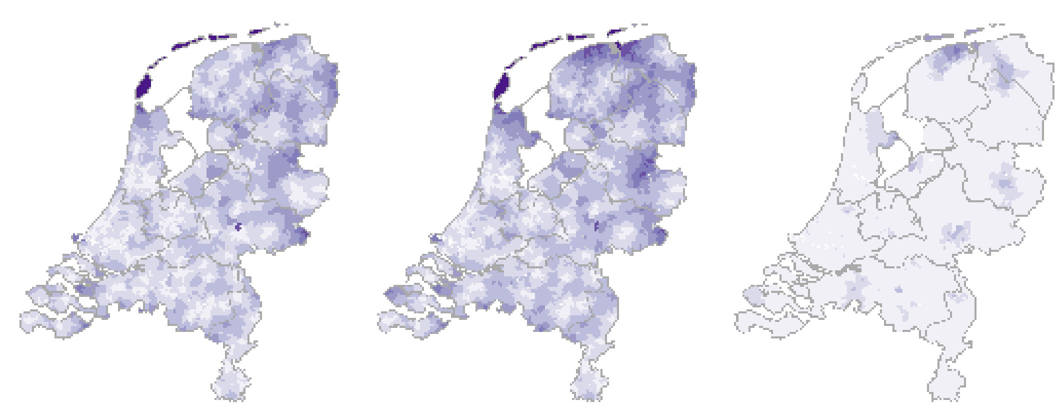
Reistijd Oogheelkunde

Voor oogheelkunde is de iets langere reistijd in een deel van Groningen opvallend. In de meeste andere gebieden blijft de reistijd voor patiënten gelijk.



Reistijd maag-, darm- en leverziekten

Hoewel ook de landelijk gemiddelde wachttijd voor MDL-ziekten is gestegen, blijkt de reistijd voor patiënten niet toegenomen.



Bron: NZa, op basis van MediQuest data tot en met augustus 2015

Berekening van wachttijden

Voor het eerste polikliniekbezoek en voor diagnostiek volstaat de huidige methode om wachttijden te berekenen. Maar voor (poli) klinische behandelingen ontbreekt er nog een eenvoudigere, eenduidige manier. Hier komt verandering in. Want vanaf 2016 is die berekenwijze er wél, dankzij aangepaste regelgeving. Daardoor kan informatie van zorgaanbieders straks beter vergeleken worden.

Betere lijst

Tot voor kort was er een al vele jaren onveranderde lijst waarop stond voor welke behandelingen zorgaanbieders wachttijden moeten publiceren. De NZa heeft die lijst onlangs samen met branche-organisaties ZN en NPCF geactualiseerd. Deze nieuwe lijst geldt vanaf 1 januari 2016.

Betere registratie

Ook de manier waarop ziekenhuizen de wachttijden voor (poli) klinische behandelingen registreren verandert per 2016. Tot nog toe bepalen zij de wachttijd door een inschatting te maken van de toekomstige beschikbaarheid van operatiekamer, specialist en bedruimte. Die voorspelling blijkt echter moeilijk te maken. Vanaf 2016 registreren de ziekenhuizen daarom de wachttijden van de afgesloten behandelingen: de ‘diagnose-behandelcombinaties’ (dbc’s). Het gaat dan om de dbc’s van de laatste drie maanden. De wachttijd van één dbc is de tijd tussen het moment dat de behandeling van start gaat (‘geopend wordt’) en het uitvoeren van één van de kenmerkende zorgactiviteiten binnen de dbc.

Betere vergelijkbaarheid

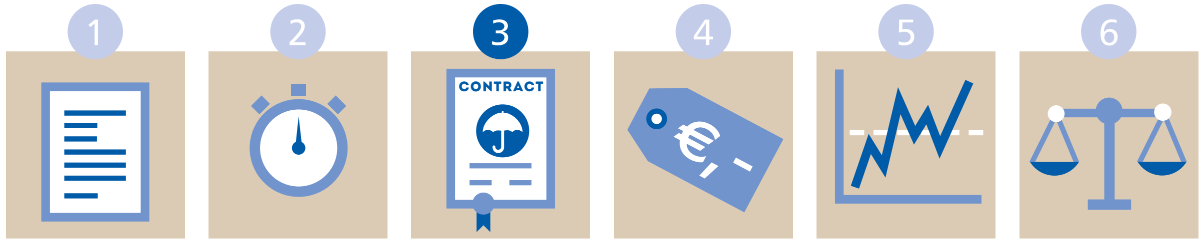
Door de nieuwe regelgeving wordt het voor ziekenhuizen dus eenvoudiger om de wachttijd te berekenen. Ook omdat deze berekening volledig geautomatiseerd kan worden. Door die automatisering worden wachttijden tussen ziekenhuizen bovendien beter vergelijkbaar. De patiënt kan de informatie vergelijken die verschillende ziekenhuizen geven over hun wachttijden. Hij kan mede op basis daarvan kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder.

Conclusies NZa

- De landelijk gemiddelde wachttijd daalde in 2015 bij vier van de zeven specialismen die het jaar ervoor te lange wachttijden hadden voor polikliniekbezoek. (Peildatum september 2014)
- De landelijk gemiddelde wachttijd van het specialisme psychiatrie zat in september 2014 nog boven de Treeknorm. In september 2015 zat hij eronder.
- De landelijk gemiddelde wachttijd voor oogheelkunde is gestegen en overschrijdt in 2015 de Treeknorm. Tegelijkertijd is nauwelijks een toename van de reistijd naar een alternatieve zorgaanbieder zichtbaar. De NZa houdt de ontwikkeling van wachttijden in de gaten en verwacht van verzekeraars dat zij verzekerden helpen met het vinden van een alternatieve zorgaanbieder.
- MDL-artsen wijzen op de toename van wachttijden voor hun patiënten. Mede als gevolg van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker is de NZa in gesprek met zorgverzekeraars over de achterliggende oorzaken van deze wachttijdtoename en de eventuele stappen die gezet moeten worden.
- De reistijd voor MDL-patiënten nam (anders dan de wachttijden) niet toe.
- Vanaf 2016 worden wachttijden voor behandelingen anders berekend. Zorgaanbieders kunnen de wachttijdberekening bovendien automatiseren. Dit verlaagt de administratieve lasten.
- Vanaf 2016 kunnen patiënten de wachttijden van verschillende ziekenhuizen beter vergelijken, dankzij de nieuwe regelgeving.
- Vanaf 2016 is er ook een geactualiseerde lijst met behandelingen waarvoor zorgaanbieders van medische specialistische zorg hun wachttijden moeten publiceren.

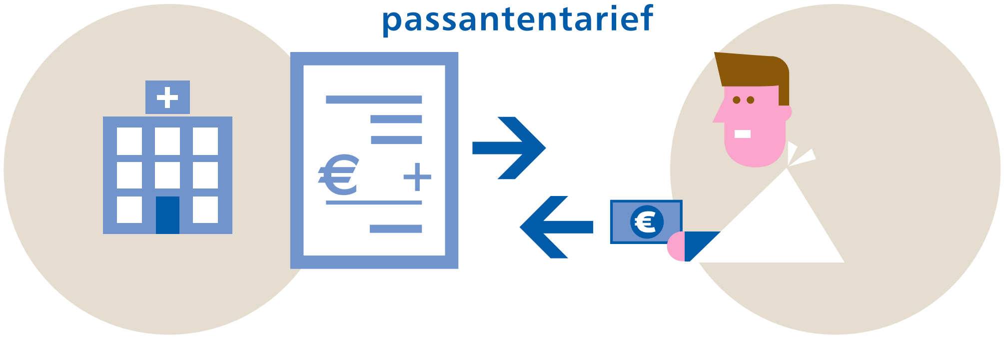
3 Contracten met zorgverzekeraars





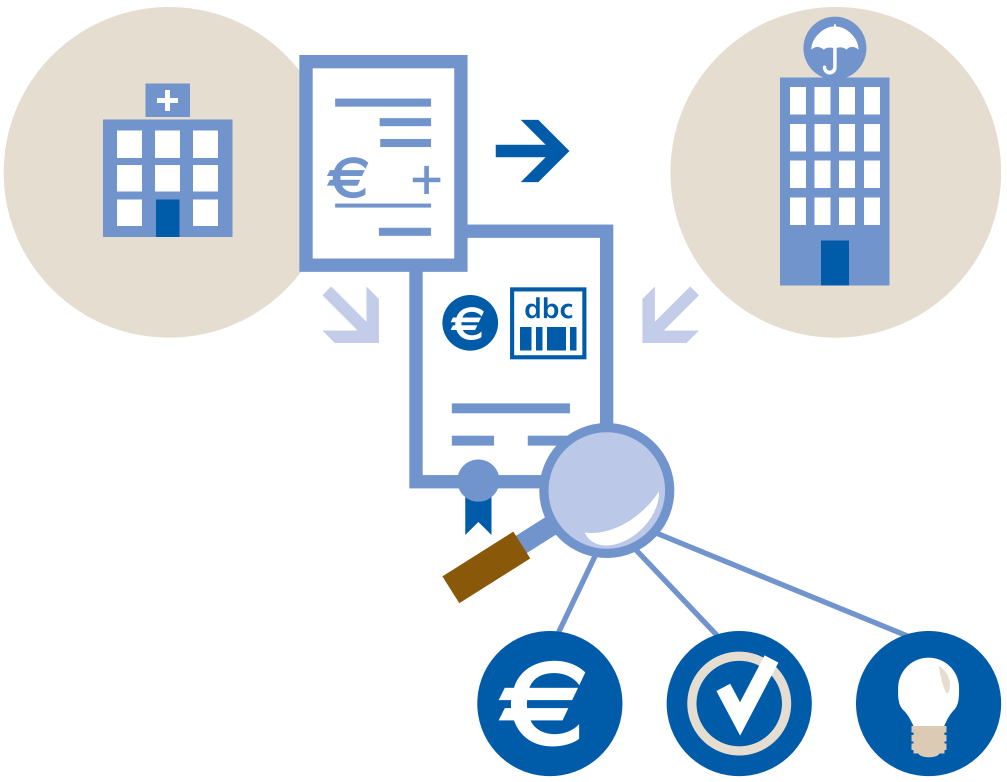
Contracten met zorgverzekeraars

Als zorgaanbieders geen contract hebben afgesloten met de zorgverzekeraar van een patiënt, dan kunnen zij de zorgkosten direct factureren bij de patiënt. Dit gebeurt dan tegen een 'passanten-tarief'. Maar in veruit de meeste gevallen declareren zij de kosten bij de zorgverzekeraar van hun patiënt. Zorgaanbieders hebben dan vaak al met die zorgverzekeraar in een contract vastgelegd hoeveel ze per diagnose-behandelcombinatie (dbc) in rekening mogen brengen.



Afspraken in contracten

Afspraken over de financiering van zorg zijn een belangrijk onderdeel van contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast kunnen afspraken ook gaan over zorgkwaliteit of zorginnovatie (zoals innovatieve behandelingen en het innovatief organiseren van zorg).



Afspraken over zorgfinanciering

Een zorgverzekeraar kan prijsafspraken hebben met meerdere zorgaanbieders. Die afspraken hoeven niet gelijk te zijn. Het is dus mogelijk dat zorgverzekeraars de ene aanbieder meer betalen voor een dbc dan de andere.

Andersom kan ook zo'n aanbieder prijsafspraken hebben met meerdere zorgverzekeraars. Die afspraken hoeven evenmin gelijk te zijn. Het is dus mogelijk dat een zorgaanbieder voor de ene patiënt meer declareert dan voor de andere, ook al is de dbc gelijk.

In contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen wat zorgfinanciering betreft onder andere de punten voorkomen die in onderstaand kader staan. Deze punten sluiten elkaar niet uit. Ook zijn er per punt meerdere varianten mogelijk.

Prijzen per dbc

In elk contract tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder staan afspraken over de prijs per diagnose-behandelcombinatie. De omzet die de zorgaanbieder bij de verzekeraar kan declareren, hangt af van hoeveel dbc's hij 'geleverd' heeft. De berekening is: prijs keer volume (P*Q).

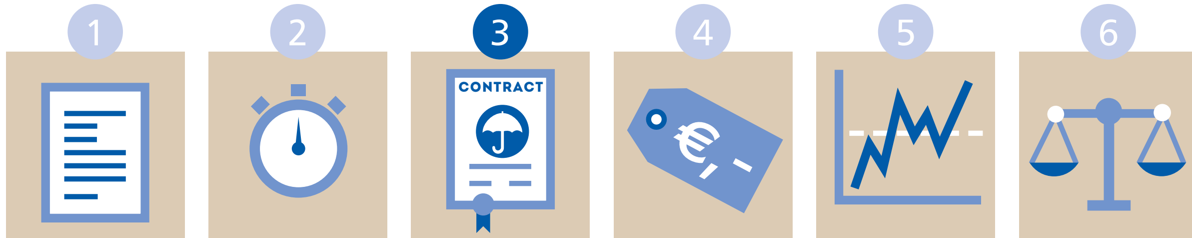
Omzetplafond

Hoe meer dbc's een aanbieder geleverd heeft, hoe meer hij kan declareren bij de zorgverzekeraar volgens de P*Q-afspraak. Wel spreekt de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder vaak een maximumaantal declareerbare dbc's af. Voor het bedrag dat het ziekenhuis boven dat 'omzetplafond' declareert, gelden de P*Q-afspraken niet meer.

Als het ziekenhuis na het bereiken van het omzetplafond toch meer patiënten behandelt, dan is dat afhankelijk van de afspraken die zorgaanbieders en verzekeraars maken over zorg die geleverd wordt na het bereiken van dat omzetplafond. Over het geheel genomen dalen in zo'n geval de gemiddelde inkomsten per dbc. Hierdoor wijkt de werkelijke vergoeding per dbc in een jaar uiteindelijk af van de vooraf overeengekomen prijs. Verzekerden merken doorgaans niets van die verrekening.

Aanneemsom

Het komt ook voor dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een vast bedrag afspreken. Dat is dan het bedrag dat de zorgaanbieder dat jaar krijgt voor alle dbc's: niet meer, maar ook niet minder. Aan het eind van het jaar blijkt dan of aanbieders uitkomen of veel overhouden. Die informatie wordt meegenomen in nieuwe onderhandelingen over het jaar erop.



CONTRACTEN MET ZORGVERZEKERAARS

Vertraging in contractering

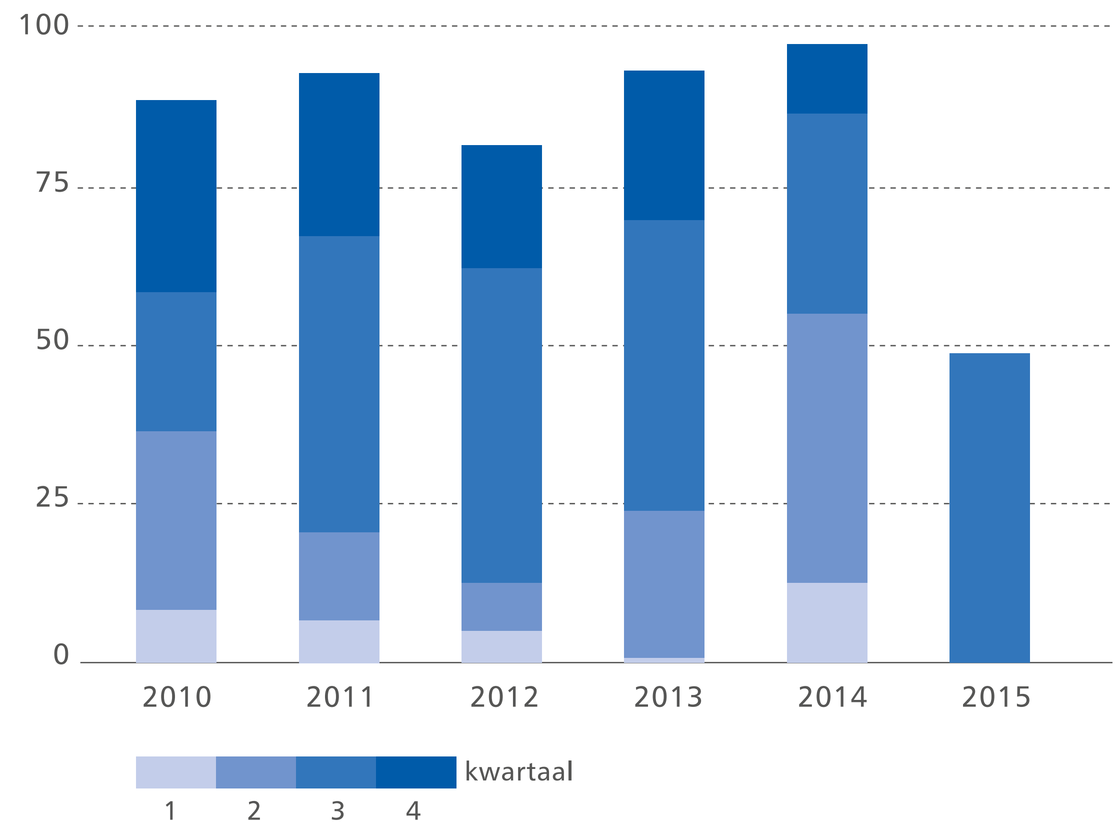
De ene contract-onderhandeling is sneller afgerond dan de andere. Deze marktscan definieert het moment dat een contract is afgesloten als het moment waarop de verzekeraar de contractprijzen aanlevert aan de NZa.

De verzekeraar levert de NZa per zorgaanbieder waarmee zij een contract heeft afgesloten een contractprijs-per-dbc aan. Voordat zij deze prijzen vaststelt en aanlevert, heeft ze vaak al op hoofdlijnen afspraken gemaakt met de aanbieder. Bijvoorbeeld over aanneemsommen of omzetplafonds. Het vaststellen van de exacte prijslijst is meestal de laatste stap in het contracteerproces.

Contracteergraad van ziekenhuizen

Om te volgen hoe snel de contracten worden gesloten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, brengt de NZa per kwartaal in kaart welk deel van de omzet behaald is binnen het kader van contracten. Dat percentage is de ‘contracteergraad’. Hieronder staat de contracteergraad per kwartaal weergegeven. Voor het jaar 2015 zijn de gegevens tot en met augustus meegenomen. Uit deze gegevens blijkt dat er pas in het derde kwartaal van 2015 contract-prijzen werden aangeleverd.

Omzet van de prijs-gecontracteerde ziekenhuizen (%)

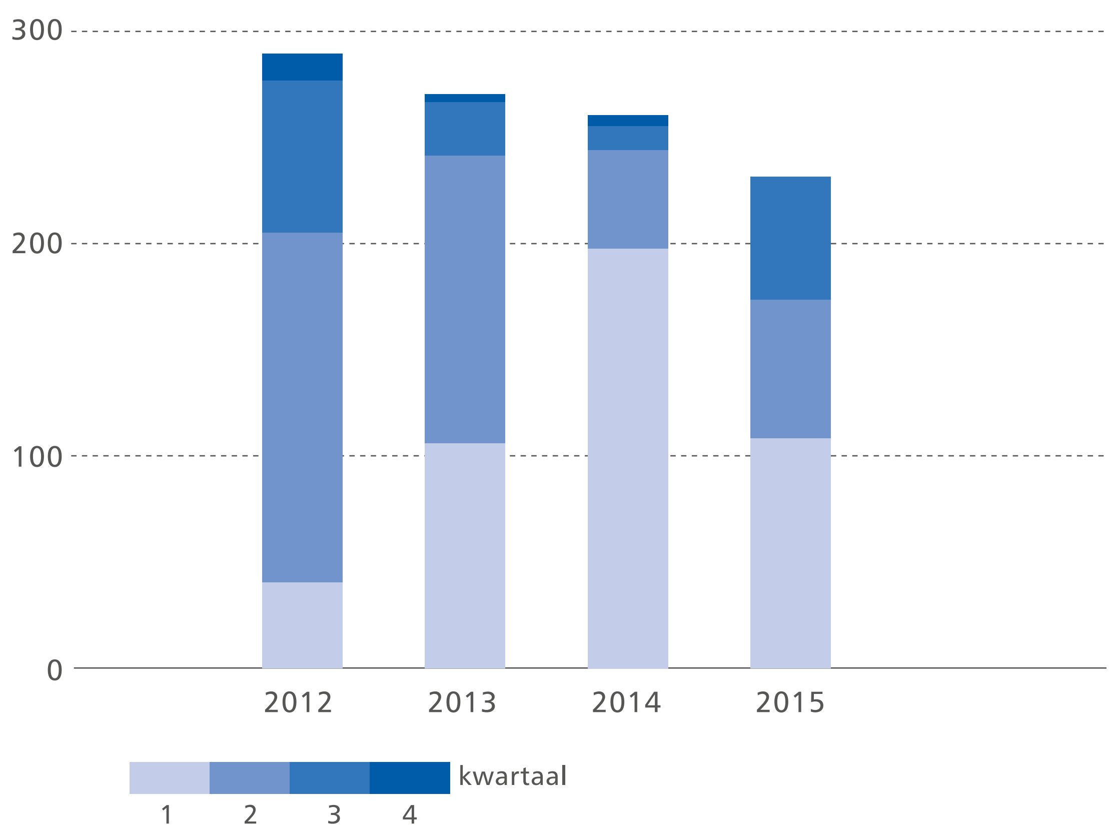


Bron: NZa, op basis van contractprijzen zorgverzekeraars en jaarrekeningen van ziekenhuizen.

Contracteergraad zelfstandige behandelcentra

De NZa brengt ook de contracteergraad van zelfstandige behandelklinieken (ZBC's) in kaart. Hiervoor wordt niet de omzet gebruikt, maar de hoeveelheid ZBC's die per kwartaal een contract hebben afgesloten met minimaal één zorgverzekeraar. Voor 2015 zijn de gegevens tot en met augustus meegenomen.

Contracteergraad van ZBC's



Bron: NZa, op basis van contractprijzen zorgverzekeraars.

Uit deze gegevens blijkt dat:

- het aantal gecontracteerde ZBC's in het eerste kwartaal van 2015 ongeveer gelijk is aan het aantal gecontracteerde ZBC's in het eerste kwartaal van 2013;
- dit aantal in 2015 lager is dan het aantal gecontracteerde ZBC's in het eerste kwartaal van 2014;
- het totale aantal gecontracteerde ZBC's in het tweede kwartaal van 2015 lager is dan het aantal gecontracteerde ZBC's in het tweede kwartaal in de voorgaande jaren;
- het totale aantal gecontracteerde ZBC's ook in het derde kwartaal van 2015 achterblijft in vergelijking met de voorgaande jaren;
- het totale aantal gecontracteerde ZBC's jaarlijks lijkt af te nemen. Met als kanttekening dat nog niet zeker is hoeveel er eind 2015 gecontracteerd zullen zijn.

Verklaring voor de vertraging

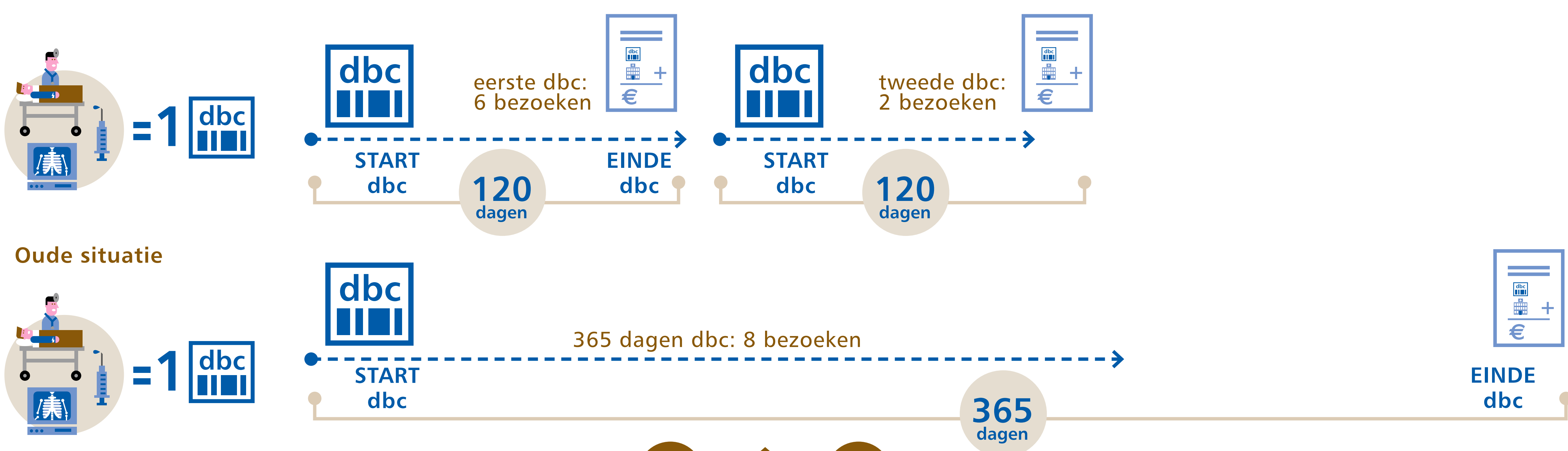
Uit de vorige paragraaf blijkt dat zorgaanbieders in 2015 later zijn met contractafronding dan vorig jaar. Uit onderzoek blijkt dat die vertraging mede het gevolg is van een verandering in de productstructuur per 1 januari 2015.

Aanpassing van de dbc-doorlooptijden

De maximale doorlooptijd van een diagnose-behandelcombinatie is in opdracht van het ministerie van VWS per 1 januari 2015 verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Het doel van deze verkorting, een overheidsmaatregel die sinds 2015 geldt, is dat het ministerie van VWS eerder zicht heeft op de uitgaven van medisch specialistische zorg. Een dbc kan immers sneller gedeclareerd worden. Ook voor verzekeraars en ziekenhuizen zelf is dit inzicht nuttig. Zij krijgen eerder inzicht in hun financiële situatie. Voor patiënten is het daarnaast prettig dat zij minder lang op hun ziekenhuisrekening hoeven te wachten.

Als gevolg van de doorlooptijdverkorting kan het aantal dbc's stijgen. Dit heeft het voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2015 moeilijk gemaakt om de kosten van een dbc te voorspellen. Daardoor was het ook lastiger om samen een prijs af te spreken.

Situatie per 1 januari 2015



Onderzoek: ‘Onzekerheid door verkorting’

De NZa onderzocht via een digitale vragenlijst bij de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders welke effecten de doorlooptijdverkorting van dbc’s had op het zorginkoopproces voor 2015. Negen zorgverzekeraars en 71 zorgaanbieders reageerden. Al die zorgverzekeraars en ruim 70 procent van deze zorgaanbieders geven aan dat de dbc-doorlooptijdverkorting de contractonderhandelingen en dus de (prijs)afspraken voor 2015 heeft vertraagd. Ze noemen vooral de onzekerheid die de verkorting veroorzaakte. Het gaat daarbij om onzekerheid over aantallen dbc’s, de inhoud van deze dbc’s en de financiële effecten die de wijziging met zich mee zou brengen.

Onderzoek: ‘In 2015 nog geen snellere informatievoorziening’

Door de vertraging in de prijsafspraken konden zorgaanbieders hun zorg dit jaar een tijd lang niet declareren. Enkele zorgaanbieders geven aan hierdoor in liquiditeitsproblemen te zijn gekomen. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat voorschotten door zorgverzekeraars erg laag zijn of pas na lang onderhandelen tot stand komen. Het beoogde voordeel van sneller declareren werd hiermee, in ieder geval dit eerste jaar, dus teniet gedaan.

Ondersteuning bij verkortingsproces

De NZa en DBC-Onderhoud hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars maximale ondersteuning gegeven in het proces van de verkorting van dbc-doorlooptijden. Zo was er in 2014 extra informatie beschikbaar over de wijziging in de productstructuur in de vorm van conversietabellen, bedoeld om de veranderingen door te rekenen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben elk op eigen wijze gebruikt gemaakt van deze informatie.

Zorgverzekeraars

De meeste zorgverzekeraars gaven aan in zeer beperkte mate of alleen ter controle gebruik gemaakt te hebben van de informatie, onder andere omdat de informatieproducten niet instellingsspecifiek zijn. Enkele verzekeraars gaven aan zélf instellingsspecifieke conversies te berekenen, terwijl andere verzekeraars zeiden die berekening uit te besteden aan commerciële partijen.

Zorgaanbieders

Ruim 30 procent van de zorgaanbieders die aan het NZa-onderzoek meededen, gaf aan de informatie te hebben gebruikt die de NZa en DBC-Onderhoud gepubliceerd hadden. Zij vonden het prettig die te gebruiken. De zorgaanbieders die geen gebruik maakten van de informatie meldden dat zij prijsberekeningen uitbesteedden aan derden. Volgens hen maakten sommigen van deze derden ook gebruik van de informatie-producten.

De verwachting voor 2016

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders verwachten dat de verkorting van doorlooptijden na 2016 minder effect zal hebben op het zorginkoopproces. Maar in 2016 zal dat effect nog aanzienlijk zijn, denken zij. Dat komt doordat er komend jaar nog niet meteen voldoende gegevens zijn over 2015 – en juist die gegevens kunnen onzekerheid wegnemen. Een enkele verzekeraar geeft aan dat zorgaanbieders specifiek twijfelen over de juistheid van de gehanteerde instellingsspecifieke conversies. Deze zorgaanbieders dringen bij de zorgverzekeraars aan op een extra risico-opslag op de afgesproken prijzen, stellen bij die verzekeraars de doorlever-verplichtingen ter discussie of vragen om aanneemsommen.

Conclusies NZa

- De prijsafspraken zijn in de contractonderhandelingen voor het jaar 2015 langzaam tot stand gekomen. Dit is te verklaren door de verkorting van de dbc-doorlooptijd per 1 januari 2015. Mogelijk zijn er wel al eerder contracten op hoofdlijnen afgesloten.
- De conversietabellen die de NZa en DBC-Onderhoud ter beschikking stelden, helpen ter ondersteuning. Maar zolang ze niet instellingsspecifiek zijn, zijn ze van geringe waarde. De NZa heeft niet de mogelijkheid om instellingsspecifieke conversietabellen ter beschikking te stellen.
- Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders verwachten dat de doorlooptijdverkorting ook na 2015 nog een negatief effect heeft op het inkoopproces. Pas na 2016 zal dat minder het geval zijn.
- De doorlooptijdverkorting heeft veel impact gehad op de contractonderhandelingen. Ziekenhuizen geven aan behoefte te hebben aan ‘rust in de regelgeving’, zodat historische gegevens opgebouwd kunnen worden. Die gegevens kunnen dan weer als basis dienen voor onderhandelingen over de komende jaren. Maar ieder jaar dienen diezelfde ziekenhuizen zo’n 400 wijzigingsverzoeken in bij de NZa. De NZa zal zoveel mogelijk rust in de regels bewaren en zal nieuwe aanvragen voor wijzigingen alleen doorvoeren als deze helpen om de administratieve lasten te verminderen, de regels te vereenvoudigen of als deze beter aansluiten bij de dagelijkse praktijk in het ziekenhuis.

4 Zorggebruik en zorgkosten



Zorggebruik en zorgkosten

Jaarlijks krijgen ongeveer zeven miljoen patiënten medisch specialistische zorg. Veel van hen worden voor meerdere klachten behandeld. Wat zijn de kosten per patiënt? En hoe ontwikkelen de prijzen zich binnen de medisch specialistische zorg? Die vragen onderzocht de NZa.

Kanttekening: verrekening niet meegenomen

De analyses in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de kosten die zorgaanbieders in rekening hebben gebracht bij zorgverzekeraars. Deze gegevens komen van Vektis, het centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars. Vektis geeft aan dat de declaratiebestanden nagenoeg compleet zijn.

In de gegevens staat niets over verrekeningen die achteraf kunnen plaatsvinden als er een omzetplafond of aanneemsom is afgesproken. Uit die verrekening blijkt welk deel van hun gedeclareerde kosten de zorgaanbieders uiteindelijk toch zelf moeten betalen of juist nog ontvangen van de verzekeraar. De NZa heeft op dit moment geen goed zicht op deze verrekeningen en heeft ze dus ook niet opgenomen in de analyse. Daardoor kunnen de daadwerkelijke kosten en prijzen in 2012 en 2013 lager zijn dan degene die in dit hoofdstuk staan.

Patiëntaantal, omzet en kosten per patiënt

De uitgaven aan medisch specialistische zorg kunnen uitgesplitst worden naar verschillende patiëntgroepen. De NZa onderscheidt 65 patiëntgroepen, geclusterd in de zestien hoofdgroepen die in onderstaande tabel staan. Per hoofdgroep is de totale gedeclareerde omzet weergegeven van diagnosebehandel-combinaties (dbc's). Overige zorgproducten zijn niet meegenomen in de analyses. De omzet hangt af van het aantal patiënten en de totale kosten per patiënt.

Totale hoeveelheid

De tabel is gebaseerd op de meest recente complete cijfers. Die betreffen 2013. In totaal gaat het dat jaar om ruim 6,7 miljoen patiënten, 3,5 procent minder dan in 2012. Het totale patiëntaantal staat in de tabel onder 'Aantal patiënten (x 1000)', zij het niet als som van de daarboven genoemde aantallen. Eén en dezelfde patiënt kan namelijk meerdere ziektes hebben en dus in meerdere hoofdgroepen voorkomen.

Grootste patiëntgroepen

De meeste patiënten bezoeken een instelling voor medisch specialistische zorg met klachten aan het zenuwstelsel of de zintuigen. Binnen deze groep zijn patiënten met oogklachten in de meerderheid. Daarnaast is het aantal patiënten met (verdenkingen van) kanker ('nieuwvormingen') groot. Deze groep is voor het eerst ook groter dan het aantal patiënten met hart- en vaatziekten of klachten aan het bewegingsapparaat

Hoofdgroep	Aantal patiënten (x 1000)	Omzet (€ mln.)	Kosten per patiënt (€)	Groei kosten per patiënt t.o.v. 2009 (%)
Infectieziekten	152	171	1.127	1,3
Nieuwvormingen	1.312	3.093	2.357	2,4
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	488	492	1.008	-1,6
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	55	85	1.535	2,5
Psychische stoornissen	162	162	1.002	5,6
Zenuwstelsel en zintuigen	1.854	1.496	807	1,4
Hartvaatstelsel	1.302	3.199	2.456	2,0
Ademhalingswegen	805	105	1.302	0,3
Spijsverteringsstelsel	677	1.220	1.802	2,7
Urogenitaal systeem	641	1.238	1.932	1,5
Kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg	522	1.057	2.025	0,7
Huid en subcutis	484	284	587	1,9
Bewegingsapparaat	1.289	2.024	1.571	2,2
Allergieën	112	57	514	-1,3
Letsel	828	1.105	1.334	-3,7
Overig, niet toewijsbaar	636	519	816	-2,4
Totaal	**6.767**	**17.251**	**2.519**	

Bron: NZa, op basis van gedeclareerde omzet (Vektis)

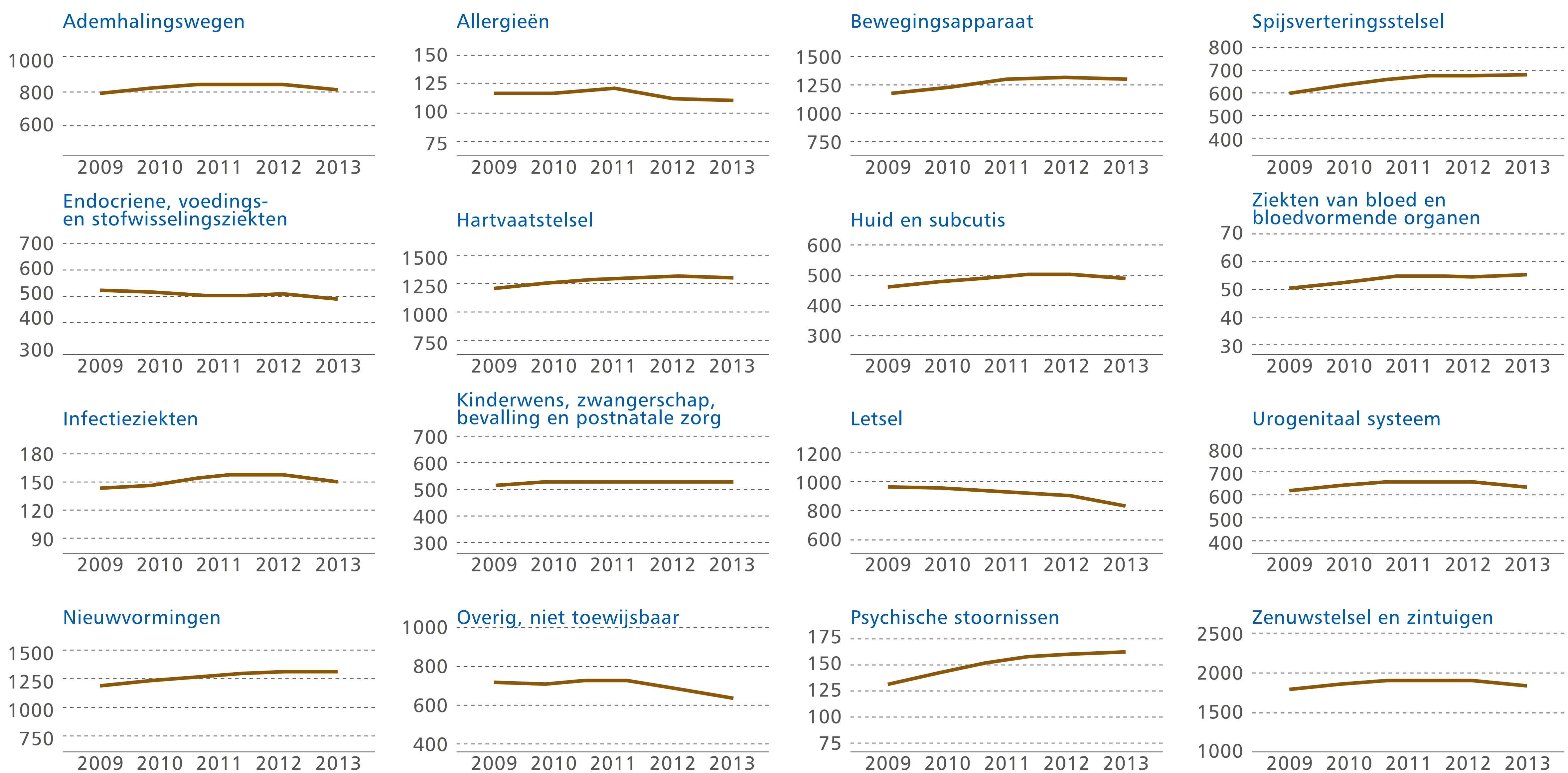
Ontwikkeling van patiëntaantal

In het figuur op de volgende pagina staat het aantal patiënten sinds 2009 per hoofdgroep. Binnen de hoofdgroepen psychische stoornissen en nieuwvormingen is een toename van het aantal patiënten zichtbaar. Het aantal patiënten dat behandeld wordt voor dementie is de afgelopen jaren toegenomen met 10 procent. Maar opvallend genoeg neemt het aantal patiënten binnen bijna alle andere hoofdgroepen af.

Klein letsel, diabetes, oogmeting
Er is een trendmatige afname van het aantal patiënten dat voor lichtere vormen van zorg naar een zorgaanbieder komt. Bij klein letsel speelt mogelijk de huisartsenpost (HAP) een steeds belangrijkere rol. En ook diabetes of refractie (oogmeting) kan in de eerstelijn vaak goedkoper. Voor lichtere vormen van zorg kan de daling van het aantal patiënten wijzen op substitutie naar de eerstelijnszorg.

Spataderen, luchtwegen, middenoor
Het aantal patiënten met varices (spataderen) neemt af. Deze zorg valt onder het Project Intensivering Controle en Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Pincet). Verzekeraars moeten van de NZa zorg genoemd in Pincet beter controleren. De afname van het aantal patiënten kan daarom te maken hebben met het feit dat verzekeraars voor deze zorg onder andere strengere inkoopafspraken maken. Ten slotte is er een afname van het aantal patiënten met klachten aan de bovenste luchtwegen en het middenoor. De discussies over gepast gebruik bij het knippen van amandelen en het plaatsen van oorbuisjes zijn hier mogelijk de oorzaak van.

Aantal patiënten per hoofdgroep (x1000)



NB Een knik in de grafiek bij het jaar 2011 kan een ombuiging van een trend betekenen, maar ook het gevolg zijn van de nieuwe productindeling die in 2012 startte.

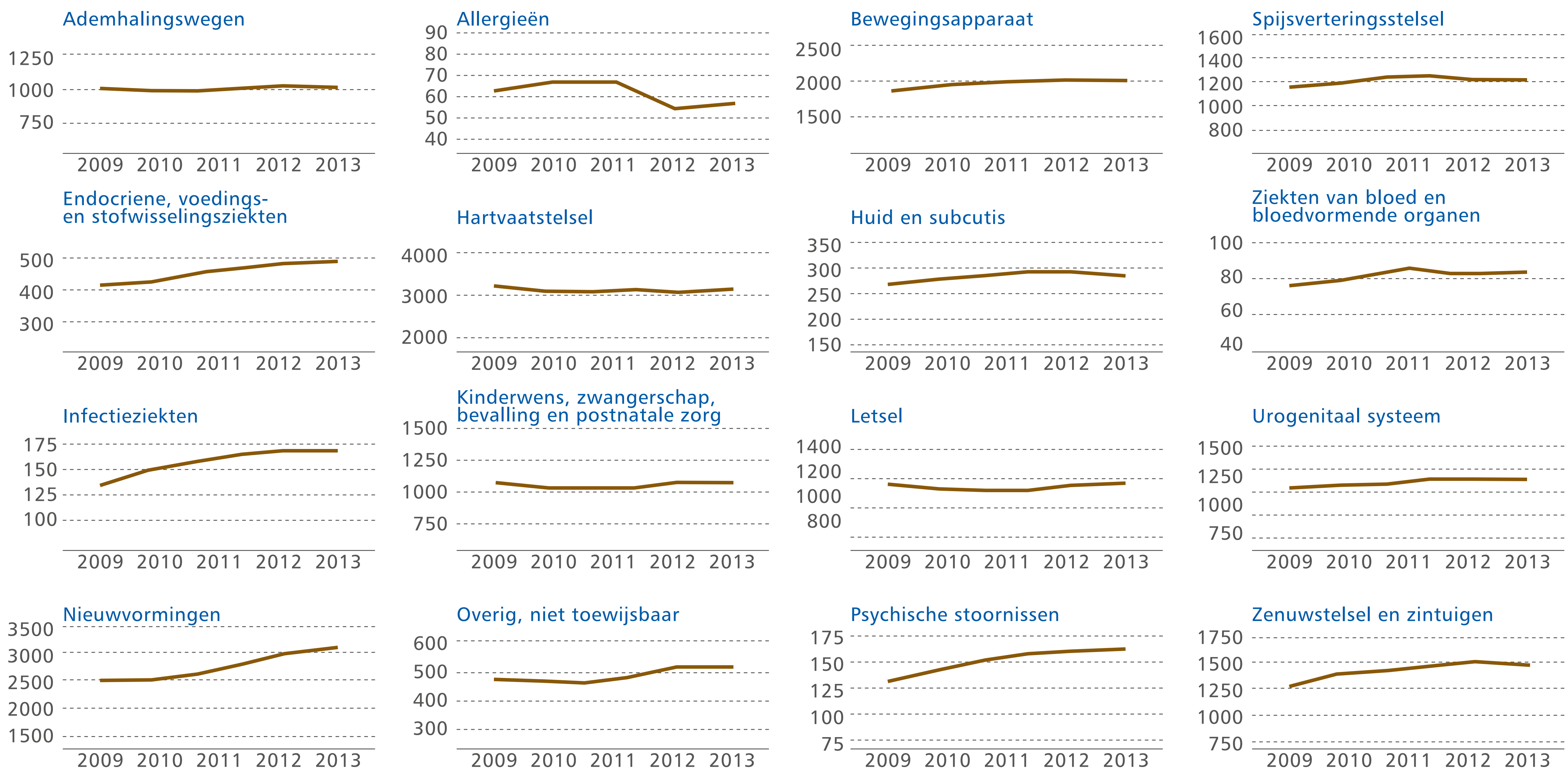
Ontwikkeling van omzet

Het figuur op de volgende pagina geeft de omzetontwikkeling per hoofdgroep weer. Voor bijna alle hoofdgroepen blijkt er een stijging van de omzet. De hoogste omzetgroei is zichtbaar binnen de hoofdgroep allergieën (7 procent tussen 2009 en 2011). De omzet voor deze hoofdgroep kende in 2012 echter een dip. Binnen de hoofdgroepen 'nieuwvormingen' en 'hartvaatstelsel' is de omzet in 2013 gestegen met 4 procent.

Ontwikkeling van kosten per patiënt

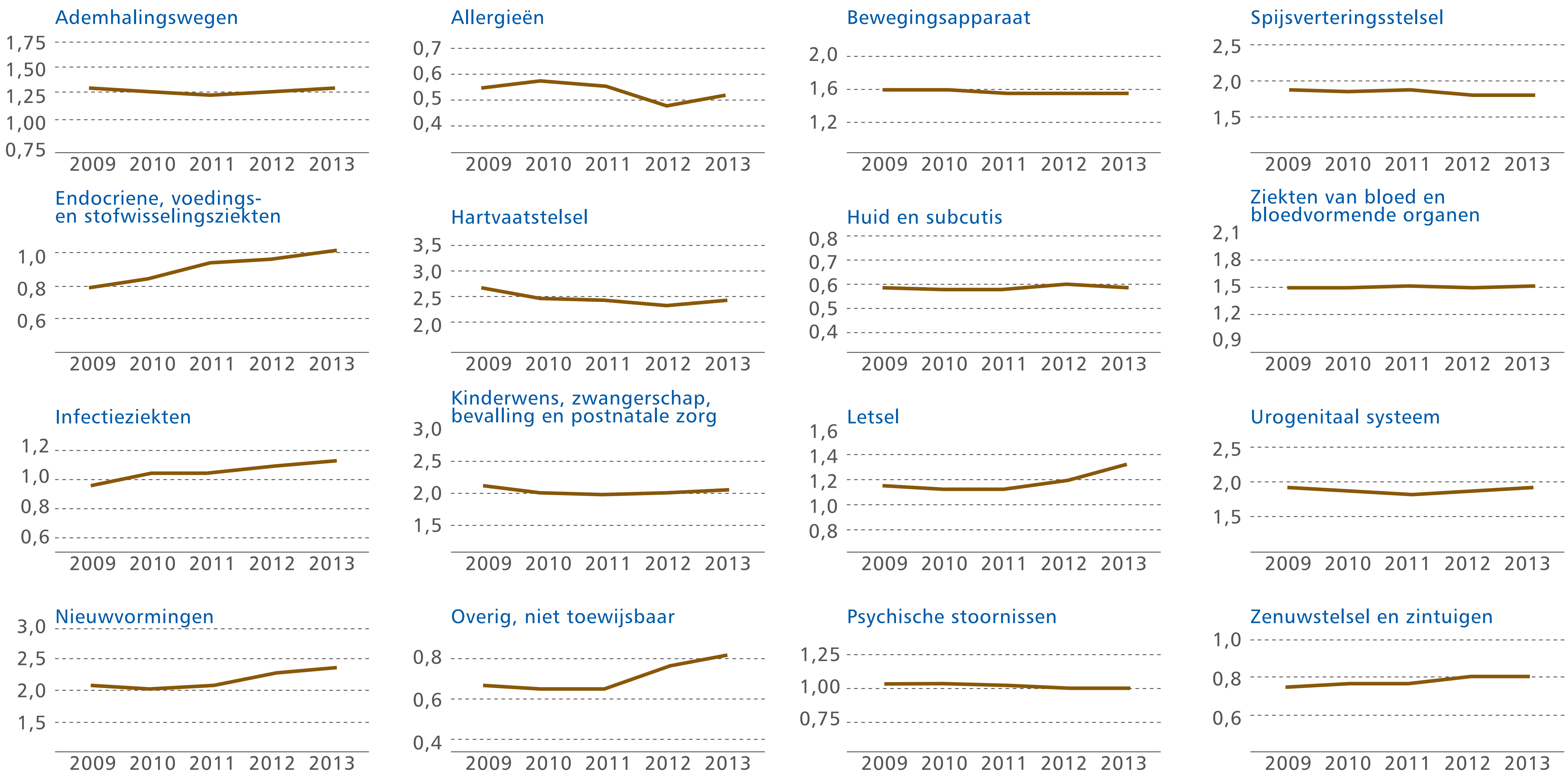
De kosten voor hart- en vaatziekten en de behandeling van kanker zijn per patiënt het hoogst. Sinds 2009 zijn de kosten per patiënt voor deze hoofdgroepen verder gestegen met respectievelijk 2,0 en 2,4 procent. Tussen 2009 en 2013 zijn de kosten per patiënt voor psychische stoornissen toegenomen met 5,6 procent.

Omzet per hoofdgroep (€ mln.)

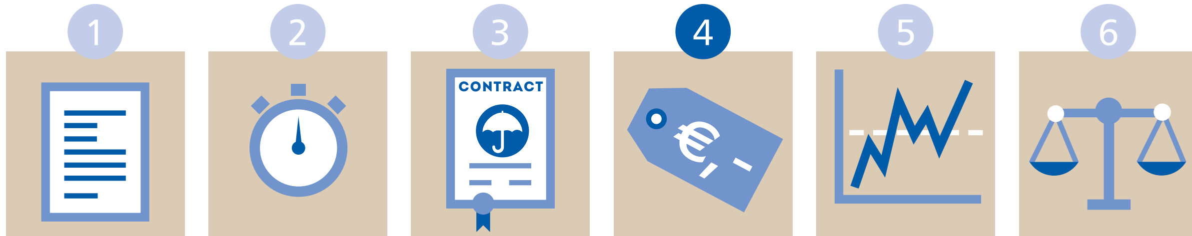


NB Een knik in de grafiek bij het jaar 2011 kan een ombuiging van een trend betekenen, maar ook het gevolg zijn van de nieuwe productindeling die in 2012 startte.

Kosten per patiënt per hoofdgroep (x 1000)



NB Een knik in de grafiek bij het jaar 2011 kan een ombuiging van een trend betekenen, maar ook het gevolg zijn van de nieuwe productindeling die in 2012 startte.



ZORGGEBRUIK EN ZORGKOSTEN

Prijzen voor diagnose-behandelcombinaties

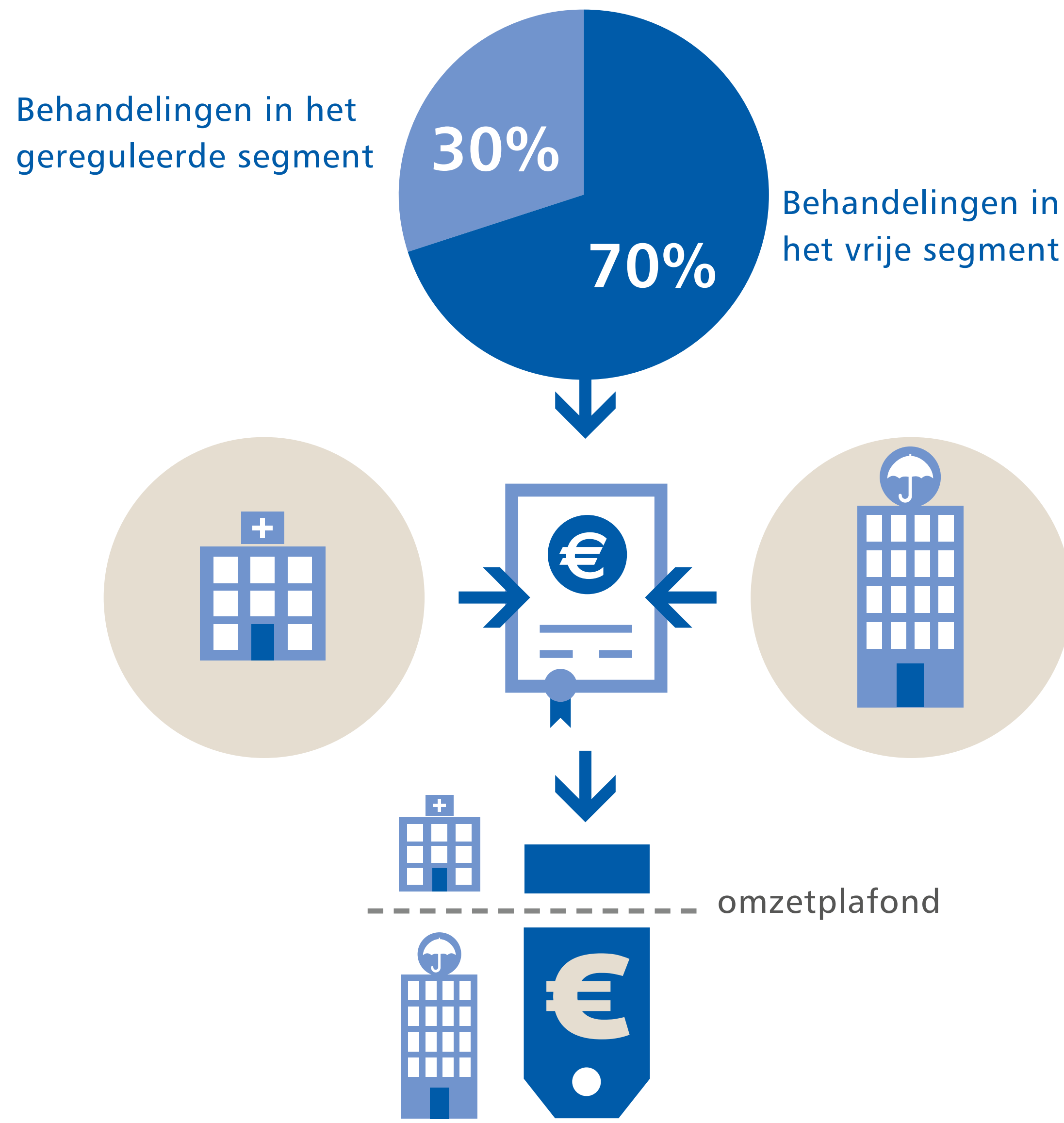
Voor de meeste medisch specialistische diagnosebehandel-combinaties gelden vrije prijzen; zij vallen binnen het vrije segment. Voor eenderde geldt een maximumtarief; zij vallen binnen het gereguleerde segment.

Vrije segment

Voor het grootste deel van de medisch specialistische diagnose-behandelcombinaties komen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen tot prijsafspraken. Dit zogenoemde ‘vrije segment’ bevat ongeveer 70 procent van de medisch specialistische zorg. Zorgverzekeraars kunnen een omzetplafond stellen: zij nemen dan tot een bepaald bedrag de gedeclareerde kosten op zich. Overige kosten komen voor rekening van zorgaanbieders zelf.

Gereguleerde segment

Een klein deel van de medisch specialistische diagnose-behandelcombinaties valt binnen het ‘gereguleerde segment’.
Voor deze dbc’s gelden maximumtarieven, vastgesteld door de NZa. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogen voor zo’n dbc een lagere, maar geen hogere prijs afspreken dan het maximumtarief. Althans, zo is het nu. Per 1 januari 2016 mogen ze wél een hogere prijs afspreken, dankzij de invoering van het ‘max-maxtarief’.
De prijs mag dan stijgen tot maximaal 10 procent boven het maximumtarief.



Prijzen in het gereguleerde segment

Welke prijzen spreken zorgverzekeraars met zorgaanbieders af voor dbc's in het gereguleerde segment? Hoeveel procent zaten zij met hun contractprijs onder het vastgestelde maximumtarief?

Verschil met maximumtarief

Om op die vragen antwoord op te geven, heeft de NZa gekeken naar de afspraken van zorgverzekeraars met zorgaanbieders. Of beter gezegd: naar het verschil tussen enerzijds de som van alle daadwerkelijke declaraties in één jaar en anderzijds de omzet die dat jaar behaald zou zijn geweest als in alle gevallen het maximumtarief was aangehouden.

De NZa zet kortom de inkomsten die blijken uit de prijsgegevens van Vektis af tegen de hypothetische inkomsten. De meest recente cijfers komen uit 2013.

Verschil tussen 2012 en 2013

In 2012 bleken de contractprijzen voor dbc's gemiddeld 4,6 procent lager dan de vastgestelde maximumtarieven. Hierbij valt op dat de tarieven bij categorale instellingen slechts 0,3 procent lager waren dan de maximumtarieven. Daarentegen spreken zorgverzekeraars met ZBC's prijzen af die ver onder de maximumtarieven liggen: -25,6 procent.

In 2013 werden de verschillen tussen de afgesproken prijzen en de maximumtarieven kleiner. Dat gold voor afspraken met alle soorten zorgaanbieders. De krimp in verschillen kwam mede doordat er meer informatie en dus minder onzekerheid was over wat reële prijzen zijn. Een jaar eerder was er minder informatie en meer onzekerheid vanwege de invoering van een aangepast declaratieverwerkingssysteem: het DOT-systeem ('Dbc's Op weg naar Transparantie').

Los van de kleinere verschillen tussen afgesproken prijzen en de maximumtarieven, valt ook in 2013 op dat de prijzen bij categorale instellingen het minst ver onder de maximumtarieven liggen en de prijzen bij ZBC's het verst. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat ZBC's slechts een klein deel van de zorg in het gereguleerde segment leveren (3,5 procent).

Verschil tussen de som van alle werkelijke declaraties en de hypothetische omzet bij maximumtarieven (%)

Zorgaanbieders	2012	2013
Algemene ziekenhuizen	-3,6	-1,3
UMC's	-5,2	-1,5
Categorale instellingen	-0,3	-0,1
ZBC's	-25,6	-20,2
Revalidatie-instellingen	-2,4	-0,9
Totaal	**-4,8**	**-1,7**

Bron: NZa, op basis van gedeclareerde omzet (Vektis)

Het vrije segment

Voor behandelingen in het vrije segment gelden geen maximumtarieven. De prijzen hangen volledig af van de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Wat zijn de prijzen? En veranderen die door de jaren heen?

Ontwikkeling van prijzen

Om antwoord te geven op bovenstaande vragen, heeft de NZa de prijsontwikkeling binnen het vrije segment in kaart gebracht. Daarbij zijn buitenlandse ziekenhuizen en revalidatie-instellingen niet meegenomen. De meest recent cijfers komen uit 2013. In datzelfde jaar zijn enkele wijzigingen doorgevoerd, waardoor het niet mogelijk is om de prijzen van álle dbc's uit dat jaar te vergelijken met de prijzen van alle dbc's uit 2012. De NZa vergelijkt daarom alleen de prijzen van dbc's waarvoor geen wijziging is doorgevoerd. Het gaat daarbij om 66,5 procent van de gedeclareerde omzet in het vrije segment.

Uit die vergelijking blijkt dat de prijzen gemiddeld met 0,8 procent zijn gestegen ten opzichte van 2012. Bij ZBC's zijn de prijzen met 2,9 procent gedaald terwijl de prijzen voor algemene ziekenhuizen juist gestegen zijn met 1,4 procent.

Ontwikkelingen in het vrije segment (%) (2013 ten opzichte van 2012)

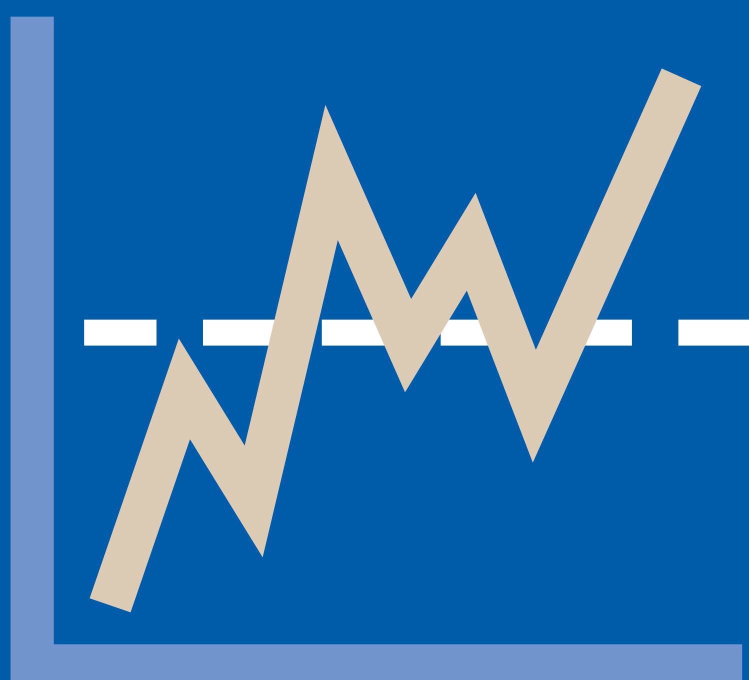
	Omzet-ontwikkeling	Volume-ontwikkeling	Prijs-ontwikkeling
Algemene ziekenhuizen	-1,5	-2,9	1,4
UMC's	-1,1	1,0	-2,0
Categorale instellingen	7,5	9,4	-1,7
ZBC's	-2,2	0,7	-2,9
Totaal	**-1,3**	**-2,0**	**0,8**

Bron: NZa, op basis van Vektis-data

Conclusies NZa

- Het aantal patiënten met varices (spataderen) neemt af. Deze zorg valt onder het Project Intensivering Controle en Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Pincet). De afname van het aantal patiënten kan te maken hebben met het feit dat verzekeraars voor deze zorg onder andere strengere inkoopafspraken maken.
- Voor lichtere vormen van zorg zien we een daling van de aantallen patiënten. Die daling kan wijzen op substitutie naar de eerstelijnszorg.
- Voor behandelingen in het gereguleerde segment werden met ZBC's lagere tarieven afgesproken dan met ziekenhuizen en categorale instellingen.
- De afgesproken prijzen in het vrije segment zijn in 2013 gemiddeld met 0,8 procent gestegen ten opzichte van het jaar 2012.
- Er is meer inzicht nodig in de bedragen die zorgaanbieders en verzekeraars achteraf verrekenen als zij afspraken hebben gemaakt over aanneemsommen of omzetplafonds. Pas dan is er echt helder zicht op de daadwerkelijke prijsontwikkeling. De NZa onderzoekt momenteel hoe meer inzicht verkregen kan worden in de contract-afspraken en de verrekeningen die plaatsvinden.

5 Omzet zorgaanbieders



Omzet zorgaanbieders

Zorgaanbieders krijgen hun inkomsten uit vergoedingen die zij ontvangen voor de zorg die zij geleverd hebben. Zij dienen hun declaraties ofwel in bij de zorgverzekeraars van hun patiënten (óók bij de verzekeraars waarmee ze geen contract hebben) dan wel bij hun patiënten zelf. De meeste inkomsten komen uit vergoedingen van zorgverzekeraars.

Op de volgende pagina staan de omzetgegevens over 2012, 2013 en 2014; althans, voor zover die binnen zijn. De NZa heeft van ZBC's geen gegevens gebruikt, maar wel van ziekenhuizen, zowel de algemene ziekenhuizen als de UMC's.
Drie algemene ziekenhuizen en twee revalidatie-instellingen hebben hun omzetgegevens over 2014 nog niet gepubliceerd. Voor deze zorgaanbieders gebruikt NZa de cijfers van 2013 zowel voor 2013 als voor 2014, om de vergelijkbaarheid van de omzetcijfers te borgen.

Invloeden op omzetcijfers

De afgelopen jaren zijn er diverse factoren van invloed geweest op de omzetcijfers van zorgaanbieders. Denk aan:

De introductie van integrale tarieven

Tot en met 2014 zetten zorgaanbieders de honorariumkosten apart op rekeningen, los van overige kosten voor geleverde zorg. Sinds 2015 zijn de honorariumkosten opgenomen in de totale zorgkosten; er is sprake van 'integrale tarieven'.

De Audit Alert van de NBA

De Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) bracht op 21 maart 2014 een Audit Alert uit over de jaarrekeningen van ziekenhuizen. De hoofdboodschap van de accountants was dat de verantwoorde omzetcijfers veel onzekerheden bevatten die mogelijk konden leiden tot het niet goedkeuren van de jaarrekeningen.
In 2014 en 2015 pakte de NZa in samenwerking met veldpartijen onduidelijkheden in de regelgeving aan. De zorgaanbieders stelden vervolgens een protocol op met de zorgverzekeraars om hun declaraties over 2012 en 2013 te controleren op fouten. Waar nodig zijn gedeclareerde bedragen verrekend met zorgverzekeraars.

De overgangsregeling

Voor de jaren 2012 tot en met 2014 gold een overgangsregeling in de medisch specialistische zorg. Deze regeling was bedoeld om de financiële risico's te dempen van de 'prestatiebekostiging' die per 2012 inging. Ziekenhuizen en revalidatie-instellingen konden tijdelijk een extra vergoeding vanuit het zorgverzekeringsfonds ontvangen, als zij minder omzet hadden gedraaid dan zij voorheen aan budget kregen. Was de omzet hoger dan het oude budget, dan moesten zij juist geld betalen aan het zorgverzekeringsfonds.

In totaal ontvingen de 113 ziekenhuizen en revalidatie-instellingen per saldo een bedrag van € 406,3 miljoen over 2012 en € 318,3 miljoen over 2013. Alleen voor revalidatie-instellingen gold de overgangsregeling ook in 2014: zij ontvingen dat jaar in totaal per saldo een bedrag van € 22,5 miljoen. In 2015 vond de definitieve vaststelling van te ontvangen of te betalen bedragen plaats, gevolgd door de afrekening.

Verdeling definitieve verrekenbedragen in miljoenen euro's

2012

	Positief	Aantal	Negatief	Aantal	Saldo	Aantal
Algemene ziekenhuizen	273,9	60	-59,4	22	214,5	82
UMC's	179,3	6	-6,8	2	172,5	8
Revalidatie-instellingen	25,0	16	-5,6	6	19,3	23
Totaal	**478,2**	**82**	**-71,8**	**30**	**406,3**	**113**

2013

	Positief	Aantal	Negatief	Aantal	Saldo	Aantal
Algemene ziekenhuizen	201,9	60	-41,2	21	160,7	81
UMC's	132,1	6	-5,0	2	127,1	8
Revalidatie-instellingen	31,1	18	-0,6	3	30,5	21
Totaal	**365,1**	**84**	**-46,8**	**26**	**318,3**	**110**

2014

	Positief	Aantal	Negatief	Aantal	Saldo	Aantal
Revalidatie-instellingen	22,9	18	-0,4	3	22,5	21
Totaal	**22,9**	**18**	**-0,4**	**3**	**22,5**	**21**

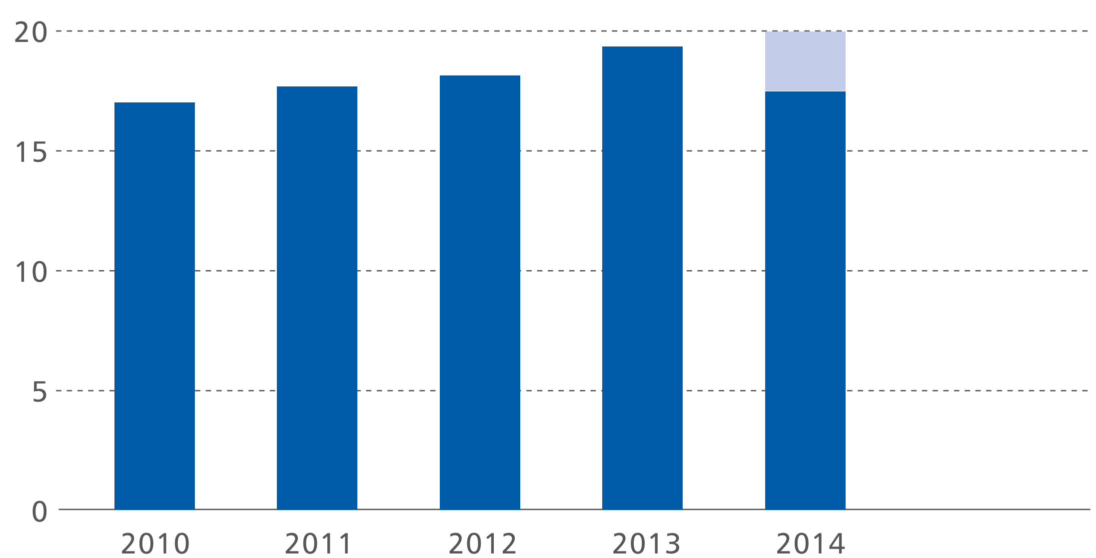
Bron: NZa, peildatum 11 september 2015.

OMZET ZORGAANBIEDERS

Algemene omzetontwikkeling

In onderstaande figuur is de omzetontwikkeling van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen weergegeven. Het gaat daarbij om de werkelijke cijfers, niet gecorrigeerd voor prijsinflatie. In de bijbehorende tabel zijn de cijfers uit de figuur verder uitgesplitst. Daardoor is niet alleen de totale omzet te zien, maar ook de belangrijkste onderdelen van die omzet.

Omzetontwikkeling zorgaanbieders (€ mld.)



Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2010 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

Omzetontwikkeling ziekenhuizen en revalidatie-instellingen in miljarden euro's

Omzet	2010	2011	2012	2013	2014
Omzet Zorgverzekeringswet	15,22	15,76	15,71	16,95	17,35
Verrekenbedrag	0	0	0,41*	0,32*	0,02*
Subtotaal	15,22	15,76	16,11	17,27	17,37
Honorarium vrijgevestigde specialisten	1,75	1,82**	2,00	2,01	***
Totaal	**16,97**	**17,58**	**18,11**	**19,28**	**17,37**

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2010 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen, en NZa-gegevensuitvraag over 2010, 2012 en 2013 in het kader van het beheersmodel medisch specialisten.

* De hoogte van de verrekenbedragen is gebaseerd op de NZa-rapportage van 11 september 2015. De verrekenbedragen zijn gebaseerd op de vaststelling van de NZa.

** De honorariumomzet voor 2011 is het gemiddelde van de honorariumomzetten 2010 en 2012.

*** De honorariumomzet over 2014 was bij de totstandkoming van deze marktscan nog onbekend.

Stijgende omzet

De totale omzet van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen steeg in 2013 met ruim 6 procent ten opzichte van 2012. Dit komt mede doordat in 2013 enkele geneesmiddelen uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) overgeheveld werden naar het budgettair kader van de ziekenhuizen.

Het gaat bij die overheveling om middelen die vallen in de medicijngroepen groeihormonen en oncolytica. Ziekenhuizen declareren deze middelen sinds 2013 bij zorgverzekeraars. Hun totale declaraties voor de medicijngroepen bedragen € 228 miljoen. (In juli 2015 publiceerde de NZa een onderzoeksrapport naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van dit soort ‘dure genees-middelen’.)

Ook als deze overheveling van geneesmiddelen niet meegeteld wordt, steeg de omzet van de ziekenhuizen en revalidatie-instellingen in 2013; namelijk met ruim 5 procent ten opzichte van 2012. Voor het jaar 2014 zijn de gedeclareerde honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten nog niet bekend. Als deze buiten beschouwing blijven, dan steeg de omzet in 2014 met 0,6 procent ten opzichte van 2013.

OMZET ZORGAANBIEDERS

Omzetontwikkeling per soort zorgaanbieder

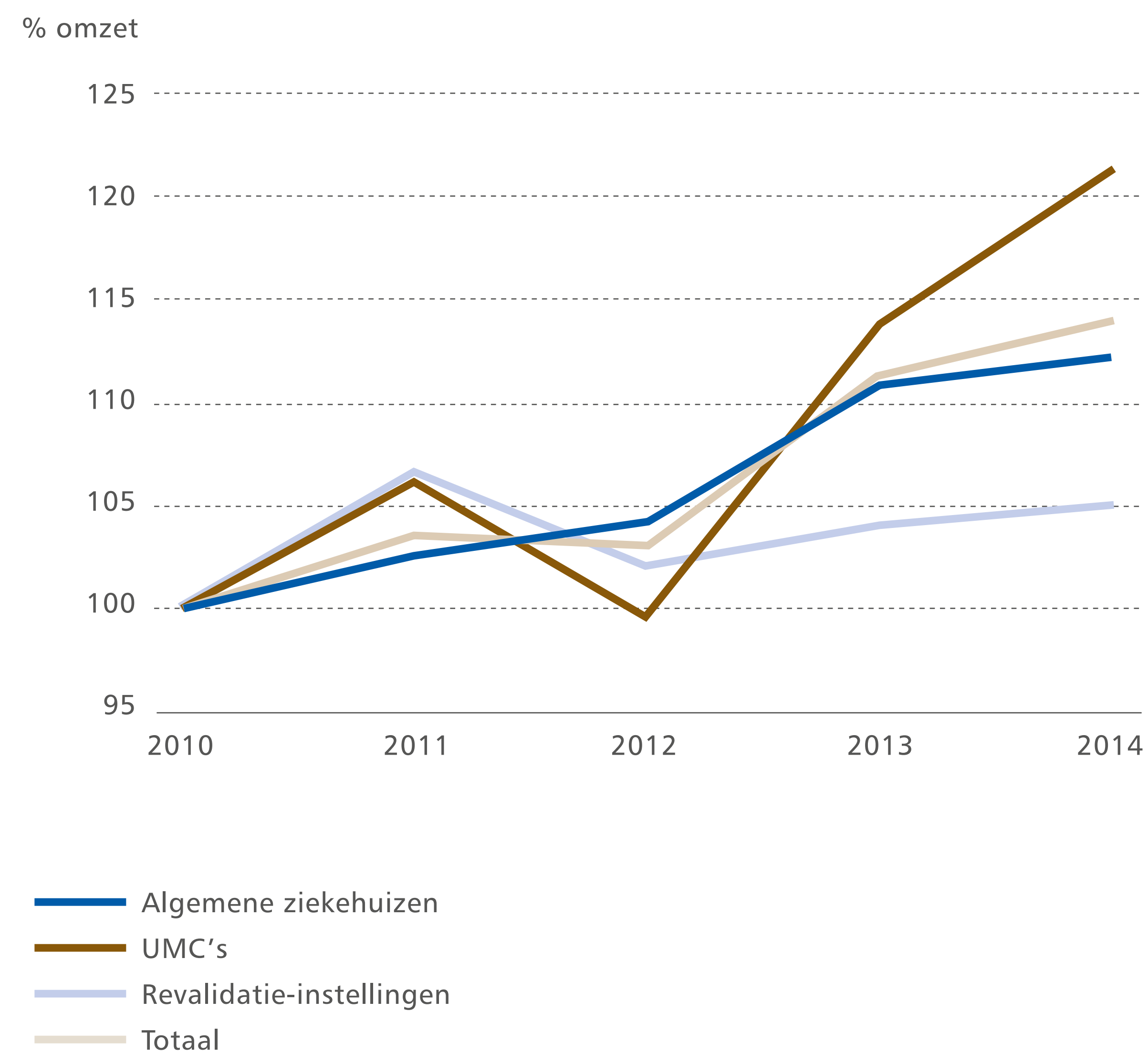
Hoe ontwikkelt de omzet van elk soort zorgaanbieder zich? In onderstaande tabel staat hun omzet over de jaren 2010 tot en met 2014. De bedragen zijn exclusief verrekenbedragen en het honorarium van vrijgevestigde specialisten.

Omzetontwikkeling per soort zorgaanbieder in miljarden euro's

Omzet	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	11,49	11,79	11,97	12,74	12,89
UMC's	3,27	3,47	3,25	3,72	3,96
Revalidatie-instellingen	0,47	0,50	0,48	0,49	0,49
Totaal	**15,22**	**15,76**	**15,71**	**16,95**	**17,35**

Bron: Jaarrekeningen 2010 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

De cijfers laten zien dat de gemiddelde omzet van de algemene ziekenhuizen stijgt in de periode 2010-2014. Voor revalidatie-instellingen blijft de omzet ongeveer gelijk. Bij de UMC's is in 2012 een lichte daling van de gemiddelde omzet zichtbaar, waarna er vanaf het jaar 2013 weer een stijging is. Deze stijging kan voor een deel verklaard worden door de eerder beschreven overheveling van geneesmiddelen.
De omzetontwikkeling is hiernaast grafisch weergegeven via een indexcijfer, waarbij 2010 als basisjaar (100 procent) geldt.



OMZET ZORGAANBIEDERS

Omzetontwikkeling honorarium vrijgevestigde specialisten

Ziekenhuizen konden tot 1 januari 2015 een apart bedrag declareren voor het honorarium van vrijgevestigde medisch specialisten. Per 2015 worden de kosten van medisch specialistische zorg via een integraal tarief vergoed. Dat betekent dat zorgaanbieders één bedrag declareren per diagnose-behandelcombinatie en vervolgens zelf die inkomsten besteden aan kosten voor personeel, specialisten, huisvesting, apparatuur en dergelijke. In de figuur hieronder is de omzetontwikkeling van vrijgevestigde medisch specialisten weergegeven.

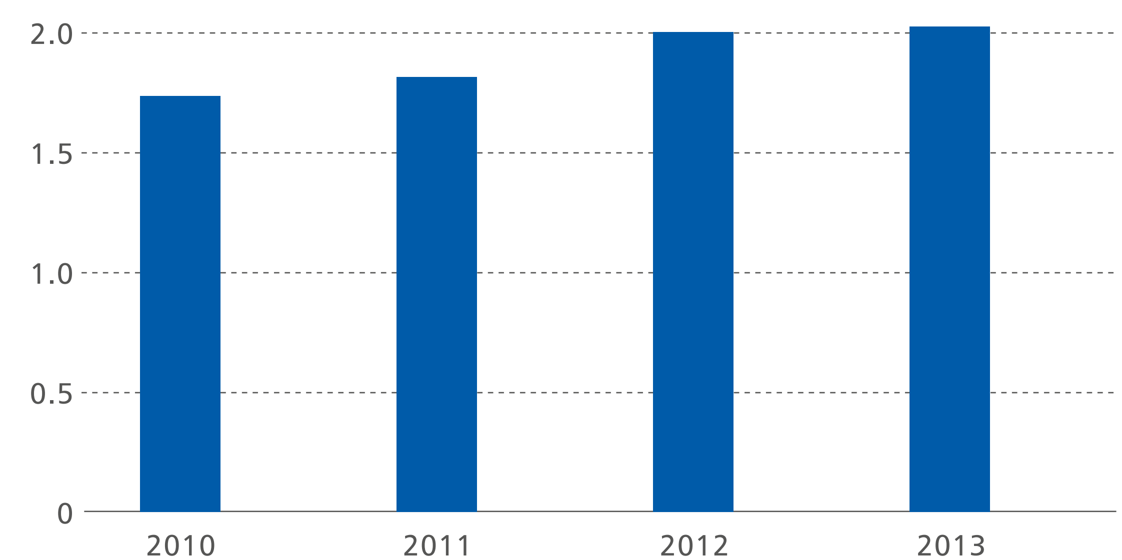
Maximumbedrag declaraties

Voor ziekenhuizen gold van 2012 tot en met 2014 een maximumbedrag of ‘plafond’ voor het declareren van de kosten voor het honorarium van vrijgevestigd medisch specialisten. Deze norm maakte deel uit van het zogenoemde ‘beheersmodel’, dat met de introductie van integrale tarieven verdween.
De minister van VWS bepaalde in het beheersmodel elk jaar de hoogte van het plafond voor honorariadeclaraties. De NZa verdeelde het vervolgens in plafonds per instelling. Er was voor zorgaanbieders niets aan de hand zolang zij met z’n allen niet méér declareerden dan het vastgestelde landelijke plafond. Als het totale declaratiebedrag wél boven dat maximumbedrag uitkwam, dan moesten instellingen die hun eigen plafond overschreden hadden naar rato geld betalen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Binnen de norm

In 2013 werd in totaal ruim € 2 miljard uitgegeven aan honoraria voor vrijgevestigd medisch specialisten. Het vastgestelde plafond bedroeg in totaal iets meer dan € 2,1 miljard. Dit betekent dat er in 2013 geen sprake was van een overschrijding en dat zorgaanbieders dus niets hoefden af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds. De definitieve afrekening van de honorariumomzet 2014 vindt eind 2015 plaats. Het totale budget voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten bedroeg in 2014 ruim € 2,2 miljard.

Omzetontwikkeling vrijgevestigd medisch specialisten (€ mld.)



Bron: NZa, gegevensuitvraag in het kader van het beheersmodel medisch specialisten.

OMZET ZORGAANBIEDERS

Conclusies NZa

- De omzetten van de ziekenhuizen en revalidatie-instellingen zijn in 2013 en 2014 gestegen, respectievelijk met 6 procent en 0,6 procent ten opzichte van voorgaande jaren. De stijging tussen 2012 en 2013 kan voor een deel verklaard worden door de overheveling van geneesmiddelen. Daarnaast heerste er in deze jaren onzekerheid over de omzetcijfers.
- In 2012 en 2013 gold een overgangsregeling voor de medisch specialistische zorg. Per saldo kregen de ziekenhuizen en revalidatie-instellingen € 406,3 miljoen in 2012 en € 318,3 miljoen in 2013 vanuit het Zorgverzekeringsfonds. In 2014 gold alleen nog een overgangsregeling voor de revalidatie-instellingen: zij ontvingen dat jaar per saldo een bedrag van € 22,5 miljoen.
- In 2013 gaven zorgaanbieders minder uit aan honoraria voor vrijgevestigd medisch specialisten dan het door de minister van VWS vastgestelde landelijke plafond. Over 2014 is dit nog niet bekend. De definitieve afrekening daarvan vindt eind 2015 plaats.

Financiële positie zorgaanbieders

6



FINANCIËLE POSITIE ZORGAANBIEDERS

Financiële positie zorgaanbieders

Wat is de financiële positie van zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg? Om dit in kaart te brengen bekijkt de NZa de volgende indicatoren:

1. **Rentabiliteit**
   Hoe winstgevend zijn zorgaanbieders?
2. **Solvabiliteit**
   In hoeverre kunnen zij verder in de toekomst hun schulden aflossen?
3. **Liquiditeit**
   In hoeverre kunnen zij op korte termijn voldoen aan hun financiële verplichtingen?
4. **Investeringsratio**
   In hoeverre zijn zij in staat om te investeren in bijvoorbeeld gebouwen of apparatuur?
5. **Afloscapaciteit**
   Welk bedrag hebben zij beschikbaar voor het aflossen van schulden?

1

$$\frac{\text{bedrijfsresultaat}}{\text{totale omzet}} = \text{rentabiliteit}$$

2

$$\frac{\text{eigen vermogen}}{\text{balanstotaal}} = \text{solvabiliteit}$$

3

$$\frac{\text{vlottende activa}}{\text{vlottende passiva}} = \text{liquiditeit}$$

4

$$\frac{\text{investeringen}}{\text{omzet}} = \text{investeringsratio}$$

5

$$\frac{\text{EBITDA}}{\text{aflosverplichtingen}} = \text{afloscapaciteit}$$

Rentabiliteit

De rentabiliteit is het bedrijfsresultaat van de zorgaanbieders gedeeld door de totale omzet. De rentabiliteit geeft een beeld van de winstgevendheid van een zorgaanbieder. In onderstaande tabel is het gemiddelde rentabiliteitspercentage voor drie soorten zorgaanbieders weergegeven.

Kleine daling na stijging rentabiliteit

De gemiddelde rentabiliteit van ziekenhuizen is in 2014 iets lager dan in 2013, maar even hoog als in 2012 (algemene ziekenhuizen) of hoger dan in 2012 (UMC's). Een mogelijke verklaring voor de stijging in 2013 is de compensatie die de zorgaanbieders kregen vanuit de overgangsregeling in 2012 en 2013. In 2014 verviel dit bedrag.
Bij de revalidatie-instellingen is in 2014 een lichte stijging zichtbaar van de rentabiliteit. Dit is mogelijk te verklaren vanuit het feit dat zij in 2014 nog wel een bijdrage konden ontvangen vanuit de overgangsregeling.

Gemiddelde rentabiliteit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (%)

Rentabiliteit	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	4,0	3,9	4,3	4,9	4,3
UMC's	1,5	2,3	3,0	3,5	3,3
Revalidatie-instellingen	3,9	4,3	3,2	3,0	3,2
Totaal gewogen gemiddelde	**3,1**	**3,5**	**3,5**	**3,8**	**3,6**

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2011 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

FINANCIËLE POSITIE ZORGAANBIEDERS

Solvabiliteit

De solvabiliteit is het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal. De solvabiliteit geeft de mate aan waarin zorgaanbieders in de toekomst hun schulden kunnen aflossen. Partijen in de financiële wereld (zoals BDO, Ernst & Young en PricewaterhouseCoopers) houden voor de solvabiliteit een gangbare norm aan van minimaal 20 procent. De minister van VWS ziet een solvabiliteit van minimaal 20 procent dan ook als streefnorm binnen de medisch specialistische zorg.

Verbetering solvabiliteit

In onderstaande tabel is het gemiddelde solvabiliteitspercentage voor de drie soorten zorgaanbieders weergegeven. De gemiddelde solvabiliteit van zowel ziekenhuizen als revalidatie-instellingen blijkt in 2014 gemiddeld sterk verbeterd ten opzichte van 2013. Hiermee wordt de stijgende lijn van voorgaande jaren doorgezet.
Het is in 2014 voor het eerst in zeker vijf jaar dat alle soorten zorgaanbieders gemiddeld boven de norm van 20 procent uitkomen. Dit zou er op kunnen duiden dat instellingen werken aan een betere verhouding tussen hun bezittingen en schulden.

Gemiddelde solvabiliteit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (%)

Solvabiliteit	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	13,9	14,8	16,3	18,7	20,6
UMC's	16,8	16,7	19,4	21,3	23,7
Revalidatie-instellingen	19,2	21,3	22,2	21,4	22,3
Totaal gewogen gemiddelde	**16,6**	**17,6**	**19,3**	**20,5**	**22,2**

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2011 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

Liquiditeit

De liquiditeit (of: '*current ratio*') bestaat uit de vlottende activa gedeeld door de vlottende passiva. Een liquiditeit kleiner dan 1,0 betekent dat een zorgaanbieder mogelijk niet op korte termijn aan zijn verplichtingen kan voldoen. De financiering van werkkapitaal zou dan moeilijk kunnen worden.

Stijging liquiditeit

De gemiddelde liquiditeit blijkt tussen de jaren 2010 en 2014 toe te nemen voor alle soorten medisch specialistische zorgaanbieders. De stijging van de gemiddelde liquiditeit duidt er mogelijk op dat instellingen meer aandacht zijn gaan besteden aan werkkapitaal-management

Gemiddelde liquiditeit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen

Liquiditeit	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	0,89	0,90	0,98	1,02	1,10
UMC's	0,87	1,00	1,10	1,24	1,29
Revalidatie-instellingen	1,07	1,24	1,21	1,28	1,38
Tot. gewogen gemiddelde	**0,94**	**1,05**	**1,10**	**1,18**	**1,26**

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2010 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

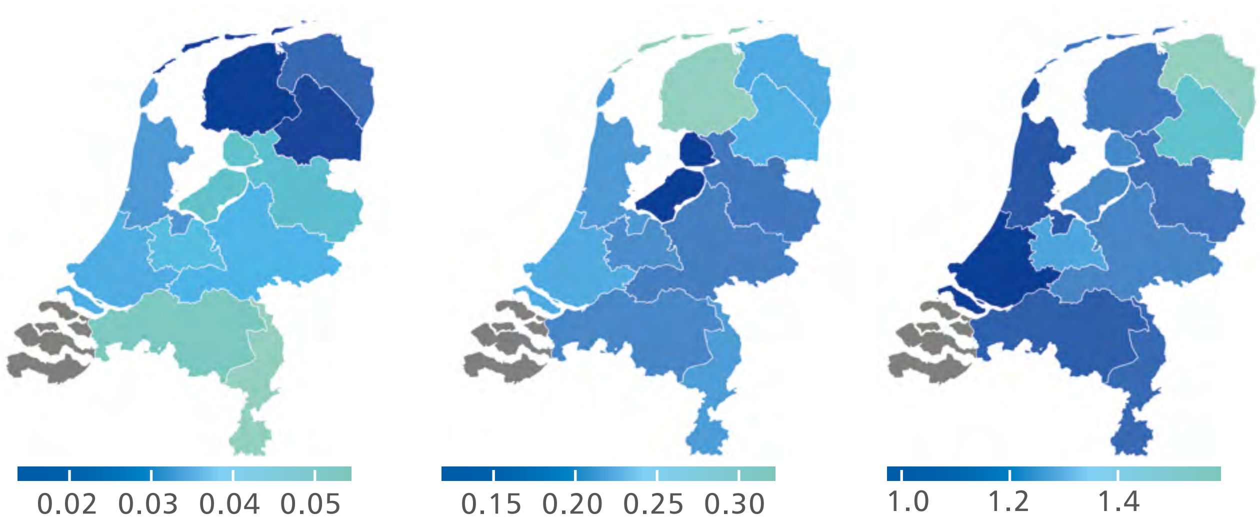
FINANCIËLE POSITIE ZORGAANBIEDERS

Geografische verdeling

Onderstaande kaarten tonen de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit per provincie – afgezien van Zeeland, aangezien zorgaanbieders daar nog geen jaarrekening over 2014 hebben gedeponeerd. Bij het bepalen van de drie indicatoren heeft de NZa gekeken naar het gemiddelde van alle ziekenhuizen en revalidatie-instellingen per provincie. Hoe lichter de kleur, hoe hoger de rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit.

Regionale verschillen in rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit

Rentabiliteit — **Solvabiliteit** — **Liquiditeit**



Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2010 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

Rentabiliteit

De landelijk gemiddelde rentabiliteit is 3,6 procent. In Friesland was in 2014 de laagste gemiddelde rentabiliteit (1,2 procent). Dat kwam vooral door het negatieve resultaat van één ziekenhuis.

Solvabiliteit

Er is een landelijk gemiddelde solvabiliteit van 22,2 procent. Flevoland kent echter een lagere gemiddelde solvabiliteit van 10,9 procent. Dit komt doordat in deze provincie weinig zorgaanbieders gevestigd zijn. Een lage solvabiliteit van één van deze zorgaanbieders heeft dan veel invloed op het gemiddelde.

Liquiditeit

De landelijk gemiddelde liquiditeit van zorginstellingen ligt in bijna alle provincies ruim boven 1,26. Alleen Zuid-Holland kent met 0,97 een liquiditeit die gemiddeld lager ligt dan 1,0. Van alle zorg-aanbieders in deze provincie hebben er negen een liquiditeit lager dan 1,0.

Investeringsratio

In welke mate wenden instellingen hun middelen aan voor investeringen in materiële vaste activa (MVA), zoals gebouwen en apparatuur? Om dat te bepalen zette de NZa de jaarlijkse investeringen in MVA af tegen de omzet. In onderstaande figuur is de gemiddelde investeringsratio weergegeven.

Daling investeringsniveau

Het investeringsniveau van de ziekenhuizen blijkt tussen 2010 en 2014 met circa 7 procent te zijn gedaald. Er zijn meerdere mogelijke oorzaken voor deze daling.
Zo zijn ziekenhuizen sinds de start van de crisis in 2008 voorzichtiger met het opstellen van nieuwbouwplannen. Daarnaast maakt de financiële situatie van instellingen grote investeringen niet altijd mogelijk. Ook heeft de crisis een negatief effect gehad op de financieringsbereidheid van banken, waardoor zij leningen minder snel verstrekken en minder geld uitlenen. Ten slotte speelt ook de afschaffing van het bouwregime in 2008 een rol.

Bij revalidatie-instellingen is een ander beeld te zien: daar stijgen de investeringen juist van 4,8 procent in 2010 naar 11,4 procent in 2014. Het aantal revalidatie-instellingen is echter kleiner, waardoor één of twee grote bouwprojecten het gemiddelde meer kunnen beïnvloeden.

Gemiddeld percentage investeringen in MVA (%)

Investeringen	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	17,0	15,2	14,1	11,8	10,1
UMC's	19,1	22,5	19,6	14,6	12,4
Revalidatie-instellingen	4,8	4,3	7,8	11,7	11,4
Totaal gewogen gemiddelde	**13,6**	**14,0**	**13,8**	**12,7**	**11,3**

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2010 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

Afloscapaciteit

De afloscapaciteit op het vreemd vermogen (of: ‘Debt Service Capacity Ratio’) geeft aan welk bedrag een zorgaanbieder maximaal beschikbaar heeft voor de aflossing van zijn schulden.
De afloscapaciteit is in twee stappen berekend. Eerst stelde de NZa de Earnings Before Interest Taxes Depreciation and Amortization (EBITDA) vast. De EBITDA is in deze marktscan de uitkomst van de volgende rekensom: bedrijfsresultaat + afschrijvingen materiële vaste activa + afschrijvingen immateriële vaste activa. Vervolgens deelde de NZa de EBITDA door de jaarlijkse rente- en aflossingsverplichtingen. Bij een uitkomst (en dus afloscapaciteit) van 1,0 kan een zorgaanbieder precies aan zijn financiële verplichtingen voldoen op basis van zijn inkomsten. Geld voor investeringen in vaste en vlottende activa is er dan niet. In de financiële wereld wordt een minimale ratio van 1,3 als gezond beschouwd.

Constante afloscapaciteit

De afloscapaciteit (DSCR) van de zorgaanbieders bleef in 2014 gemiddeld ruim boven de aanbevolen minimumgrens van 1,3. Gemiddeld genomen is het beeld vrij constant, met een afloscapaciteit van 2,2 à 2,4 over de afgelopen vier jaren. Er zijn wel duidelijke verschillen zichtbaar tussen de soorten zorgaanbieders. De UMC’s beschikken over een hogere afloscapaciteit dan de overige zorgaanbieders.

Gemiddelde afloscapaciteit

DSCR	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	2,6	1,9	1,9	1,9	1,8
UMC’s	3,4	3,0	2,7	3,5	3,0
Revalidatie-instellingen	1,8	2,1	1,9	1,8	1,8
Totaal gewogen gemiddelde	**2,6**	**2,3**	**2,2**	**2,4**	**2,2**

Bron: NZa, op basis van jaarrekeningen 2010 t/m 2014 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen.

FINANCIËLE POSITIE ZORGAANBIEDERS

Relatie tussen financiële prestatie en omvang zorgaanbieder

De NZa publiceerde in 2015 het onderzoeksrapport *Risicoverkenning faillissementen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen*. Dit rapport belichtte de vraag wat de kans is op een faillissement van een ziekenhuis of zorgverzekeraar – en wat de gevolgen van zulk bankroet kunnen zijn.

Geen sterk verband

In het rapport constateert de NZa dat er geen sterk statistisch verband bestaat tussen de schaalgrootte van instellingen en de meeste financiële indicatoren. Dat wil zeggen: kleine zorgaanbieders binnen de medisch specialistische zorg presteren gemiddeld niet slechter of beter dan grote zorginstellingen. De analyses in dit rapport zijn gebaseerd op gegevens uit 2013. Met betrekking tot 2014 valt op dat een tiental (kleinere) ziekenhuizen ondergemiddeld presteert als het gaat om de liquiditeit en de solvabiliteit.
De NZa stelt in het rapport ook dat, als een ziekenhuis of behandelkliniek failliet gaat, er weinig risico's zijn voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Een uitzondering zijn instellingen die zeer complexe medisch specialistische zorg bieden aan een kleine groep patiënten (zoals oncologische zorg aan kinderen). Als een dergelijke aanbieder failliet gaat, kan dat wel degelijk gevolgen hebben voor de toegankelijkheid of de betaalbaarheid van dat type zorg.

Financiële risico's volgens MSZ-aanbieders

Aanbieders van medisch specialistische zorg zien zelf een aantal potentiële problemen die mogelijk financiële risico's kunnen opleveren:

- Ze voelen onzekerheid over de financiering van lopende behandelingen, het zogenoemde 'onderhanden werk'.
- Zorgverzekeraars kopen steeds scherper in: zij kiezen welke behandelingen zij inkopen bij de ziekenhuizen. Ziekenhuizen lopen daardoor meer financieel risico.
- Patiënten gaan voor medisch specialistische zorg eerder naar goedkopere huisartsen en andere zorgaanbieders in de eerstelijnszorg ('substitutie van zorg').
- Zorgaanbieders vrezen mismanagement en reputatieschade.

Bron: NZa, Risicoverkenning faillissementen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

FINANCIËLE POSITIE ZORGAANBIEDERS

Conclusies NZa

- In het algemeen is de gemiddelde financiële positie van de zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg verbeterd in de afgelopen jaren. Dit neemt niet weg dat er individuele zorgaanbieders kunnen zijn die er financieel minder goed voor staan.
- De winstgevendheid van zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg steeg in 2013 en is in 2014 weer gedaald tot het niveau van 2012.
- De solvabiliteit en de liquiditeit van de ziekenhuizen zijn toegenomen.
- De investeringen van ziekenhuizen in materiële vaste activa zijn de afgelopen jaren afgenomen. De NZa vindt het belangrijk dat zorgaanbieders voldoende kunnen blijven investeren in ICT en innovatie. De NZa blijft de investeringsratio monitoren.
- De investeringen van revalidatie-instellingen in materiële vaste activa zijn de afgelopen jaren toegenomen. Het aantal revalidatie-instellingen is echter klein, waardoor één of twee grote bouwprojecten het gemiddelde meer kunnen beïnvloeden.
- De afloscapaciteit van zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg is ruim boven de aanbevolen minimumgrens gebleven.
- Kleine zorgaanbieders binnen de medisch specialistische zorg presteren gemiddeld financieel niet beter of slechter dan grote zorgaanbieders.